

Intervenção Psicomotora com Adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

Cooperativa de Educação e Reabilitação da Cidadãos com Incapacidade, Crl. De Oeiras
(CERCIOEIRAS)

Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais elaborado com
vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador Académico: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Orientadores Locais: Dr^a Ana Isabel Dias, Dr^a Ana Mafalda Roque e Dr. Duarte Correia

Ana Rita Baudouin de Abreu
2013

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos, pelo apoio incondicional e por toda a confiança.

Aos meus orientadores, Ana Isabel Dias, Ana Mafalda Roque e Duarte Correia, por todas as aprendizagens, pela confiança no meu trabalho, pela disponibilidade com que sempre esclareceram as minhas dúvidas e por todo o apoio.

À Professora Doutora Paula Lebre, professora e orientadora, pelo tempo disponibilizado para as reuniões durante o ano e por todo o apoio prestado.

À CERCIOEIRAS, e a todos os seus colaboradores, pela simpatia, carinho e disponibilidade com que me receberam e integraram.

A todos os clientes da CERCIOEIRAS, pelos momentos de aprendizagem e desafio que me proporcionaram e pelo carinho que sempre demonstraram.

À FPTA, pelo apoio prestado na atividade “Dia do coração”.

A todos os que estiveram próximos neste último ano.

Obrigada!

Resumo

O presente relatório reflete, o trabalho desenvolvido durante o estágio inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, no âmbito da intervenção psicomotora na população com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. O estágio realizou-se na Cooperativa de Educação e Reabilitação de Pessoas com Incapacidade (CERCIOEIRAS), nomeadamente no Centro de Atividades Ocupacionais, durante 8 meses com jovens e adultos, sendo focado na intervenção em espaço Snoezelen, em Meio Aquático, na Atividade Motora Adaptada e na Dança. Os objetivos centrais focaram-se na promoção e maximização da Qualidade de Vida dos clientes, em manter, diminuir ou retardar a sua necessidade de apoios e na promoção e maximização da sua Autonomia.

A intervenção psicomotora, com esta população, deve ir ao encontro das competências e dificuldades dos indivíduos, trocando o enfoque da sua incapacidade ou deficiência para enfoque nas suas capacidade e habilidades. Assim, este documento apresenta o percurso de trabalho, desde a integração na instituição à intervenção, terminando com uma avaliação e balanço global do período de estágio.

Palavras-Chave: Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais; Intervenção Psicomotora; Qualidade de Vida; Apoios; Comportamento Adaptativo; Autonomia; Snoezelen; Atividade Motora Adaptada; Atividade em Meio Aquático; Dança; CERCIOEIRAS.

Abstract

This report reflect, the work developed during the internship, under the Master on Psychomotor rehabilitation- Branch Professional Skills development on Psychomotor Rehabilitation, being the scope of our psychomotor intervention individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. The internship was performed in “CERCIOEIRAS”, specifically in the Occupation Activities Center, during 8 months of intervention, with young and adult population, focused on Snoezelen, Aquatic therapy, Adapted Physical Activity and Dance. The main goals where promoting and improving the quality of life of clients, and also the maintenance or decrease or slow down their need for support, so they can improve their Independent Functioning.

The psychomotor intervention, with this population, should meet their skills and difficulties, focusing on their handicaps while knowing their capacities and abilities.

Thus, this document presents the work progress, since the integration in the institution, to the global evaluation of the internship period.

Keywords: Intellectual and Developmental Disability; Psychomotor Intervention; Quality of Life; Supports; Adaptive Behavior; Independent Functioning; Snoezelen; Adapted Physical Activity; Aquatic therapy; Dance; CERCIOEIRAS.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
1. Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	2
1.1. Perspetiva Histórica e Conceitos.....	2
1.1.1. O Comportamento Adaptativo	3
1.1.2. Apoios	3
1.1.3. Qualidade de Vida	4
1.2. Epidemiologia.....	5
1.3. Etiologia	5
1.4. Trissomia 21	5
1.5. Multideficiência	6
1.6. Paralisia Cerebral	6
2. Intervenção Psicomotora	7
2.1. Intervenção Psicomotora com Adultos com DID	8
2.1.1. Psicomotricidade e meio aquático.....	8
2.1.2. Psicomotricidade e Atividade Física Adaptada.....	9
2.1.3. Psicomotricidade e espaços Snoezelen.....	9
2.1.4. Psicomotricidade e Dançaterapia.....	10
3. Enquadramento Legal.....	10
3.2. Centros de Atividades Ocupacionais.....	11
4. Enquadramento Institucional Formal.....	11
5. Contexto Funcional.....	12
5.1. Papel do Psicomotricista na CERCIOEIRAS.....	13
REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	13
1. População Apoiada.....	13
1.1. Apresentação de Casos.....	14
- J.P.....	14
-Grupo da Piscina	15
- E.L.....	15
- I.F.....	15
- E.S.	15
- J.A.	15
- H.Al.	16
- H.Ag.	16
- M.F.	16
- T.R.	16
- M.C.....	17
-Grupo do Ginásio	17
- A.M.....	17
- I.K.....	17
- N.M.....	17

- V.B.	18
- N.C.	18
- L.S.	18
- D.L.	18
- G.A.	19
-Grupo Korpus – Dança Inclusiva	19
- G.P.	19
- V.G.	19
- A.A.	19
2. Objetivos e Atividades de Estágio	20
2.1. Intervenção Psicomotora	20
2.1.1. Piscina 2ª feira	21
2.1.2. Ginásio 2ª feira	21
2.1.3. Ginásio 3ª feira	21
2.1.4. Piscina 4ª feira	22
2.1.5. Ginásio 1 - 4ª feira	22
2.1.6. Ginásio 2 - 4ª feira	22
2.1.7. Snoezelen	23
2.1.8. Korpus	23
2.1.9. Piscina 6ª feira	23
2.2. Relação com Outros Profissionais e Família	24
3. Contextos de Intervenção	24
4. Calendarização das Atividades e Horário de Estágio	25
4.1. Horário de Estágio	25
4.2. Calendarização das Sessões	25
5. Processo de Intervenção	26
5.1. Planeamento da Intervenção	26
5.2. Procedimentos de Avaliação	26
5.2.1. Grelha de Observação – Snoezelen	27
5.2.2. Grelha de Observação - Piscina	27
5.2.5. Condições de Avaliação	29
5.3. Resultados da Avaliação Inicial	29
5.4. Objetivos de Intervenção	34
5.5. Resultados da Avaliação Final	36
5.6. Reflexão final	41
6. Recomendações	42
7. Dificuldades e Limitações	43
8. Atividades Complementares de Formação	43
CONCLUSÃO	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	viii

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da População	14
Tabela 2: Síntese dos contextos de intervenção	24
Tabela 3: Horário de estágio no CAO da CERCIOEIRAS	25
Tabela 4: Calendarização da intervenção	25
Tabela 5: Cronograma das atividades de estágio na CERCIOEIRAS	26
Tabela 6: Check List Snoezelen J.P Inicial	30
Tabela 7: Check List Natação Grupo Piscina Inicial	30
Tabela 8: LOFOPT inicial grupo Ginásio	32
Tabela 9: Peso inicial grupo Ginásio	32
Tabela 10: LOFOPT inicial grupo Dança	33
Tabela 11: PRAC inicial grupo Dança	33
Tabela 12: Objetivos de intervenção	34
Tabela 13: Estratégias de Intervenção	35
Tabela 14: CheckList Snoezelen J.P Comparação	36
Tabela 15: Check List Natação Grupo Piscina Comparação	37
Tabela 16: LOFOPT Grupo do Ginásio Comparação	39
Tabela 17: Peso Grupo do Ginásio Comparação	40
Tabela 18: LOFOPT Grupo da Dança Comparação	40
Tabela 19: PRAC Grupo da Dança Comparação	41
Tabela 20: Descrição das atividades complementares	44

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Tabela de caracterização da população	ix
ANEXO 2: Fotografias dos diversos contextos	xii
ANEXO 3: Check List de Observação Snoezelen	xv
ANEXO 4: Check List de Observação Piscina	xvii
ANEXO 5: Avaliação Inicial Grupo da Piscina	xxii
ANEXO 6: Avaliação Inicial Grupo da Dança – PRAC	xxvii
ANEXO 7: Exemplo de relatório de uma sessão de Snoezelen	xxxiii
ANEXO 8: Exemplo de um plano de sessão do Grupo do Ginásio	xxxv
ANEXO 9: Dia do Coração	xxxvii

LISTA DE ABREVIATURAS

AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
AFA – Atividade Física Adaptada
CA – Comportamento Adaptativo
CAO – Centro de Atividades Ocupacionais
CERCI - Cooperativa de Educação e Reabilitação da Cidadãos com Incapacidade
CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental
DSM – IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECAP – Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa
EEE – Escola de Educação Especial
FMH – Faculdade de Motricidade Humana
LOFOPT - Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy
OMS – Organização Mundial de Saúde
PC – Paralisia Cerebral
PRAC - Protocolo de Registo e Avaliação de Competências
QI – Quociente de Inteligência
QV – Qualidade de Vida
RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
T21 – Trissomia 21

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no processo de avaliação da unidade curricular designada por Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) que, por sua vez, faz parte integrante do plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade Técnica de Lisboa (RACP, 2013).

Esta unidade curricular (RACP), comumente apelidada de Estágio, segundo o seu regulamento tem como objetivos:

- **Estimular** o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;

- **Desenvolver** a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;

- **Desenvolver** a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Este mesmo regulamento delineia as seguintes proficiências como competências genéricas desenvolvidas nesta unidade curricular:

- Saber planear, gerir e coordenar serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora;

- Contribuir para o desenvolvimento de novas possibilidades profissionais, através de ações inovadoras e empreendedoras no âmbito da Reabilitação Psicomotora.

Quanto às competências específicas desenvolvidas por esta unidade curricular na área de intervenção da Funcionalidade e Qualidade de Vida, o regulamento apresenta:

- Desenvolver metodologias e instrumentos específicos de avaliação para as diferentes situações de Deficiência com implicações no planeamento da intervenção em Reabilitação Psicomotora;

- Desenvolver metodologias e instrumentos específicos de intervenção para as diferentes situações de Deficiência, em Reabilitação Psicomotora.

Este relatório apresenta assim o Estágio realizado na CERCIOEIRAS, no Centro de Atividades Ocupacionais, com jovens e adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento, ao longo do ano letivo 2012/2013.

Para uma melhor compreensão do presente relatório, o documento está organizado em duas partes principais: o enquadramento da prática profissional e a realização da prática profissional. Na primeira parte do relatório é feito um enquadramento teórico sobre a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento e algumas temáticas relacionadas com esta perturbação, é apresentada a Psicomotricidade e os diversos contextos de intervenção onde a estagiária esteve inserida durante o estágio, e é feita ainda a caracterização do local de estágio e do papel do psicomotricista nesta instituição. Na segunda parte do relatório é apresentada a população apoiada durante o estágio, seguida dos objetivos de estágio, as atividades onde a estagiária esteve envolvida e o planeamento da intervenção. De seguida é apresentado o processo de intervenção com diversos grupos e clientes e para concluir é feita uma pequena reflexão final à qual se segue as diversas atividades complementares realizadas durante o ano.

ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo será feito um enquadramento teórico relativo à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID) e apresentados alguns dos conceitos mais relacionados com esta perturbação. A Trissomia 21, a Multideficiência e a Paralisia Cerebral serão abordadas neste capítulo, de forma a contextualizar teoricamente o grupo foco da intervenção a que refere o presente relatório.

Será ainda abordada a Psicomotricidade em geral e nos diversos contextos de intervenção do estágio. Por fim é feita a caracterização do local de estágio e do papel do psicomotricista nesta instituição.

1. Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

A DID é caracterizada por limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo que se expressam nas habilidades sociais e nas práticas quotidianas. Estas dificuldades aparecem antes dos 18 anos (Schalock et al., 2010).

Esta definição de DID baseia-se em cinco pressupostos: 1- As dificuldades devem ser consideradas de acordo com o contexto e cultura onde o indivíduo se insere; 2- Uma avaliação válida deve considerar não só as diferenças nos fatores sensorial, motor e comportamental mas também a diversidade linguística e cultural; 3- As limitações de um indivíduo coexistem com os seus pontos fortes; 4- Descrever as limitações deve ser um bom propósito para desenvolver um perfil de suportes necessários; 5- Normalmente, a vida de um indivíduo com DID melhora com os suportes personalizados durante um período substancial (Schalock et al., 2010).

São também aceites as definições do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e da Organização Mundial de Saúde, Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

O DSM-IV aponta o funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, as limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, habilidades sociais e interpessoais, uso dos recursos comunitários, trabalho, lazer, saúde, segurança, autocuidado e independência e o início antes dos 18 anos como as principais características da DID (American Psychiatric Association, 2000).

Já a CID apresenta a DID como uma condição de desenvolvimento tardio ou incompleto da mente, caracterizada especialmente pelo comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento e que contribuem para o nível global de inteligência, ou seja, habilidades cognitivas, motoras, sociais e linguísticas. Esta condição pode ou não ocorrer em comorbilidade com outras perturbações mentais ou físicas (OMS, 2010).

1.1. Perspetiva Histórica e Conceitos

Schalock et al. (2007) apresenta a definição da *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) de DID como uma perspetiva ecológica que se foca na relação pessoa-ambiente e que, ao mesmo tempo, reconhece que o apoio individualizado pode melhorar o funcionamento humano. Contudo nem sempre foi assim. Historicamente podem ser identificadas quatro grandes abordagens para a sua definição e classificação: Abordagem Social, onde muitas pessoas foram identificadas e definidas como tendo um atraso mental por não se conseguirem adaptar socialmente ao ambiente onde se inseriam (Doll, 1941; Goodey, 2006; Greenspan, 2006); Abordagem Clínica que coloca o foco da deficiência nos sintomas clínicos (Devlieger et al., 2003); Abordagem Intelectual que enfatizou o funcionamento da inteligência que por sua vez era medido através da pontuação obtida nos testes de QI (Devlieger, 2003); Abordagem de Duplo Critério que utiliza o *funcionamento intelectual* e o *comportamento adaptativo* para definir se há ou não

uma DID, tendo de haver dificuldades nas duas áreas (Switzky & Greenspan, 2006) (Schalock et al. 2007).

Em 2002 a AAIDD apresenta um quadro conceptual do funcionamento humano que contempla cinco dimensões: as habilidades intelectuais, o comportamento adaptativo, a saúde, a participação e o contexto. Este quadro conceptual reconhece que a manifestação da DID envolve um processo dinâmico e recíproco entre estas dimensões e os apoios individualizados (Schalock et al., 2010).

1.1.1. O Comportamento Adaptativo

O Comportamento Adaptativo (CA) é uma das dimensões do modelo conceptual apresentado pela AAIDD em 2002, podendo ser entendido como “o conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expectativas sócio culturais e etárias vigentes, e que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere.” (Santos, 2007).

Foi apenas em 1959 que este conceito se tornou um critério decisivo no diagnóstico da DID mas as escalas para a sua avaliação começaram a aparecer mais cedo, nos anos 30. Nestas escalas tentava-se avaliar as capacidades de realização de tarefas de acordo com o que é esperado para pares da mesma idade, avaliando assim o indivíduo em todas as suas áreas e não apenas no Quociente de Inteligência (QI). (Santos, 2000; AAMR, 1992 cit in Santos, 2000).

O conceito de Capacidades Adaptativas implica uma matriz de competências e permite a criação de três pontos-chave: a avaliação do CA baseia-se no desempenho típico de um indivíduo durante as atividades rotineiras e da alteração de circunstâncias, não do desempenho máximo do indivíduo; as limitações em algumas capacidades adaptativas frequentemente coexistem com áreas fortes noutras capacidades adaptativas; as áreas fortes e fracas de uma pessoa devem ser analisadas de acordo com o contexto e comunidade onde esta se insere e de acordo com as capacidades típicas dos seus pares, permitindo perceber quais as necessidades de suporte para essa pessoa (Schalock et al, 2010).

O CA associa-se ao “fator sócio emocional individual” e à “tendência atual de integração dos indivíduos” com DID pois está relacionado com a rotina da vida diária e com a vida escolar. Assim a adaptação ao contexto ecológico apresenta-se como um fator importante para a avaliação da eficiência nas diversas atividades comportamentais de acordo com as exigências do meio envolvente (Santos, 2000).

Schalock et al (2012) defende que no futuro o conceito de CA vai ser essencial para a evolução do conceito de DID.

1.1.2. Apoios

Nos últimos anos têm sido feitos diversos esforços para redefinir a incapacidade. Para isso passou-se de um modelo que acentuava as carências e as incapacidades das pessoas para um modelo mais social onde se considera a incapacidade como fruto da interação da pessoa num determinado contexto, que não consegue proporcionar os apoios necessários para este (indivíduo) conseguir realizar as diversas tarefas do dia a dia (Ortiz, Río, Rodriguez & Robaina, 2010).

Os Apoios podem ser entendidos como recursos e estratégias que visam promover o desenvolvimento, educação, interesses e bem estar pessoal de uma pessoa e que melhoram o funcionamento individual (Schalock et al, 2010).

Luckasson et al. (2002) classificou os Apoios em: Apoios Intermitentes – têm uma “natureza episódica e descontínua” sendo necessários apenas esporadicamente, sendo que o indivíduo nem sempre precisa, podendo necessitar apenas em alguns períodos específicos de transição; Apoios Limitados – têm uma “natureza contínua”, especialmente nos períodos mais críticos; Apoios Extensivos – têm um carácter regular (diário) pelo menos em algumas situações e locais específicos; e Apoios Pervasivos – têm um carácter permanente e constante e com altas intensidades (Santos & Santos, 2007).

Esta classificação apresenta a existência de áreas fortes e fracas o que faz com que se contraste com modelos e classificações anteriores pois se observa uma mudança e não uma estigmatização (Morato, 1996 cit in Santos & Morato, 2002).

A medição da necessidade de Apoios aparece assim como um contraste à abordagem centrada no défice associado às escalas de CA. A existência de uma estreita relação entre as necessidades de apoio e comportamento adaptativo parece lógica, mas a natureza exata do seu relacionamento continua pouco claro visto que ainda não é certo de que estes dois tipos diferentes de escalas realmente meçam o mesmo constructo (Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck & Taplin, 2005).

1.1.3. Qualidade de Vida

Qualidade de Vida (QV) é um conceito que não tem uma definição única aceite por todos os estudiosos. Existem várias definições de QV e não é possível dizer-se que uma é mais correta que outra, também devido ao fato de cada indivíduo ter uma opinião própria sobre o que é QV (Teixeira, 2006). Segundo Schalock, Gardner & Bradley (2010) existem mais de 100 definições para o conceito de Qualidade de Vida.

A OMS entende a QV como “a percepção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive inserido, relacionada com os seus objetivos, expectativas, padrões e interesses.” (OMS, 1998).

Schalock, Gaerdner & Bradley (2010) apresentam ainda 12 princípios nucleares da concetualização, medição e aplicação deste conceito. Estes princípios permitiram definir quatro *guidelines* sobre a Qualidade de Vida: 1. a QV é multidimensional, sendo composta por vários domínios agrupados em oito categorias; 2. devem desenvolver-se indicadores para cada um dos domínios da Qualidade de Vida; 3. devem estabelecer-se os aspetos objetivos e subjetivos da Qualidade de Vida; 4. deve focar-se na previsão dos resultados da qualidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) pode ser considerada como um dos organismos mais empenhados na definição do conceito de Qualidade de Vida, tendo criado um grupo de especialistas de várias culturas para debater o conceito e criar um instrumento para o avaliar a nível mundial, o WHOQOL-100, que para ter este carácter universal teria de ser independente da cultura e mesmo da situação económica (Cavarro et al, 2004 cit in Teixeira, 2006).

Segundo Mazo (2003) cit in Teixeira (2006) este grupo de especialistas afirma não haver um conceito consensual para QV mas sim alguma concordância de certas características do conceito: a subjetividade (o conceito é subjetivo mas não totalmente devido a condições presentes no meio), a multidimensionalidade (a vida tem várias facetas e dimensões), a bipolaridade (o conceito de QV tem dimensões positivas e negativas) e a mutabilidade (a avaliação da QV varia com o tempo, pessoa e contexto).

A QV nas pessoas com DID tem sido um tema de estudo nos últimos anos pois as pessoas com DID têm o direito de esperar o mesmo nível de serviço que uma pessoa dita normal independentemente das barreiras que possam existir (Maes, Lambrechts, Hostyn & Petry, 2007; Fearn, Kelly, Maloret, Mclver & Simpson, 2006).

1.2. Epidemiologia

De acordo com os Censos sobre a Deficiência de 2001, 6,1% da população portuguesa tem algum tipo de deficiência sendo que 0,7% desses têm DID e 0,1% tem Paralisia Cerebral. É possível ainda inferir dos resultados, que no género masculino há mais prevalência de DID do que no género feminino (Censos, 2001).

1.3. Etiologia

As causas da DID são difusas e os esforços para avaliar a etiologia requerem uma grande compreensão do desenvolvimento do cérebro e possíveis malformações devido a fatores externos que prejudicam esse desenvolvimento (Lipkin, Perry, Leppert, 2011).

O sucesso na determinação da etiologia de uma DID é variável e é influenciada pela sua gravidade, pelo conhecimento dos domínios mais afetados e pelas dismorfias encontradas em exames (Lipkin, Perry, Leppert, 2011).

Os estudos mais recentes afirmam haver 50% de rendimento etiológico, ou seja, que se consegue perceber quais são as causas da DID, em 50% dos casos. Apresentam também um *top* de categorias etiológicas que representa três quartos de todos os diagnósticos etiológicos realizados: 1 – Síndrome genético ou anomalias cromossómicas; 2 - asfixia durante o parto; 3 – “cerebral dysgenesis”; 4 – privação psicossocial precoce; 5 – exposição pré-natal a toxinas (como o álcool) (Shevell, 2008).

Quanto à sua classificação, as causas da DID podem ser agrupadas em várias categorias: pré-natais (onde estão integradas as anomalias estruturais do sistema nervoso central ou infeções intrauterinas ou mesmo as exposições tóxicas); peri natais (onde está incluída por exemplo a prematuridade); e as pós natais (onde se encontram as infeções pós parto, o trauma ou mesmo as exposições ambientais) (Shevell, 2008).

Apesar de todos os clientes acompanhados durante o Estágio terem DID, é possível observar em quase todos eles, outras perturbações como a Trissomia 21 (T21), a Paralisia Cerebral (PC) ou a Multideficiência.

Neste ponto vão ser apresentadas a T21, a Multideficiência e a PC, pois de acordo com a população estudada, são as perturbações mais observadas a seguir à DID (ver Tabela 1 pág.14).

1.4. Trissomia 21

A Trissomia 21 (anteriormente designada como Síndrome de Down, como referência ao percursor da sua investigação) é relacionada com a presença de um cromossoma extra no par 21 dos patrimónios genéticos destes indivíduos (Carvalho, 2008; Oliveira, 2006; Santos, 2007; Sousa, 2009). Só em 2002 com Alambre & Gonçalves aparece o uso do termo T21 que está relacionado com a alteração cromossómica sem carácter progressivo desde o momento da conceção (Carvalho, 2008). Umphred (1994) refere que a “lentidão” nas aprendizagens característica destes indivíduos se deve à fraca mielinização das fibras nervosas pré-centrais e à consequente imaturidade do sistema nervoso central fazendo com que se observe uma disparidade entre as suas idades cronológicas e mentais (Soares, Lemos & Barros, 2003).

Algumas características físicas particulares são assinaladas, nomeadamente a face arredondada, o pescoço curto e largo, a microcefalia, braquicefalia, cavidade bucal mais pequena, orelhas pequenas, cabelo fino e macio, pés largos, braços e pernas curtos em relação com o comprimento do corpo e as mãos pequenas e com dedos grossos e curtos (Paasche, Gorril e Strom, 2010). Também é frequente verificar-se nestes indivíduos a existência de cardiopatias congénitas, a disfunção do sistema imunitário, distúrbios visuais e auditivos e disfunção da glândula tiroide (Barbosa, 2006; Sousa, 2009).

1.5. Multideficiência

Podem ser encontradas várias definições relacionadas com a multideficiência mas é a sua combinação que permite um real entendimento da multideficiência (Mednick, 2002). Cassel, P (1989) *in* Mednick (2002) aponta que as pessoas com multideficiência têm uma dificuldade física, intelectual ou de personalidade que interfere no seu normal desenvolvimento e crescimento e na capacidade de aprender.

Para Orelove e Sobsey (2000) *in* Saramago, Gonçalves, Nunes, Duarte, Amaral, (2004) a multideficiência é entendida como uma associação de limitações no domínio cognitivo e limitações no domínio motor ou sensorial (visão ou audição) sendo que as pessoas com multideficiência necessitam de um apoio permanente, e cuidados de saúde específicos.

Num grande número de casos de indivíduos com multideficiência, evidenciam-se dois aspetos fundamentais: incapacidade de utilização da linguagem de forma eficiente e problemas na sua mobilidade autónoma (Nunes & Amaral, 2008).

Em comparação com as crianças com desenvolvimento, típico as crianças com multideficiência têm uma oportunidade mais reduzida de experiências significativas, dificuldades no tratamento da informação, poucas oportunidades de interação com pessoas e objetos, dificuldades na simbolização, ausência de linguagem e necessitam de uma aprendizagem apoiada (Nunes & Amaral, 2008).

Os adultos com multideficiência têm uma dificuldade de aprendizagem profunda, têm mais do que uma deficiência e têm uma necessidade de suporte elevada nos variados aspetos da vida diária. Podem ainda apresentar uma deficiência física ou sensorial associada, problemas de foro mental e uma necessidade elevada de cuidados de saúde (Mansell, 2010).

1.6. Paralisia Cerebral

Para Faria & Costa, 2001, “a Paralisia Cerebral (PC) enquadra-se na categoria das deficiências físicas, uma vez que a componente motora se encontra afetada. Fischinger (1970), por sua vez, define a PC como um distúrbio sensorial e sensoriomotor causado por uma lesão cerebral, que perturba o desenvolvimento normal do cérebro.

Já Lima (1993) defende que a PC deve ser entendida como uma condição de multideficiência devido ao impacto generalizado que pode ter no comportamento do indivíduo.

Os aspetos comuns referidos anteriormente são então o fato de a PC ser uma desordem não progressiva ou permanente mas não imutável, o que significa que a presença desta deficiência é permanente, embora a capacidade de adaptação motora do indivíduo possa evoluir, a PC afeta predominantemente as áreas motoras do indivíduo resultando de uma lesão que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro (Moreira, 1993).

Quanto à etiologia, segundo Stanley, F & Blair (1984), cit in Moreira (1993), podem ser apresentados fatores pré-natais como a predisposição familiar ou as influências intrauterinas precoces; fatores peri natais como os fatores de risco intra parto e extra parto; e fatores pós natais como traumatismos ou infeções virais bacteriológicas.

Moreira (1993) apresenta uma classificação da PC em termos topográficos, de acordo com as extremidades envolvidas: Monoplégia – envolvimento de apenas um membro, geralmente membro superior; Paraplégia – envolvimento dos dois membros inferiores; Hemiplégia – envolvimento de uma das metades do corpo, direita ou esquerda; Triplégia – envolvimento de três membros, mais frequentemente os dois membros inferiores e um superior; Tetraplégia ou Quadriplégia – envolvimento dos quatro membros.

Rodrigues (1998) apresenta ainda os três tipos de PC mais comuns:
-Espasticidade – é o tipo mais comum e pode ser definida como um “exagero permanente do reflexo de estiramento, resultante de uma desordem no tônus, acompanhado

geralmente de um aumento da resistência muscular ao estiramento, que pode ceder bruscamente". A Espasticidade é considerada como uma lesão piramidal afetando primordialmente o movimento voluntário;

-Atetose – é uma “perturbação não progressiva mas evolutiva, devida a uma lesão nos gânglios basais do cérebro de termo, caracterizada por disfunção dos reflexos posturais, movimentos involuntários desritmados e disartia, com comprometimento da sensação, dos movimentos oculares e, frequentemente, da inteligência.”; e

-Ataxia – “é uma lesão cerebelosa que leva a uma instabilidade de movimentos caracterizada por uma desadequação às solicitações do meio. Normalmente um indivíduo com Ataxia apresenta um equilíbrio deficiente, descoordenação global e um tremor que acompanha os movimentos intencionais.”

2. Intervenção Psicomotora

Segundo Fonseca (1976) a Terapia Psicomotora tem uma perspectiva diferente dos métodos tradicionais pois, tendo como referência a obra de Wallon, entende-se o corpo como um instrumento de ação sobre o mundo e como um instrumento de relação com o outro. Assim, a Terapia Psicomotora, não é uma "ginástica corretiva" ou uma "rítmica especializada", mas sim "uma nova aproximação dos problemas da motricidade perturbada" auxiliando o indivíduo nas suas ações de adaptação à vida (Fonseca, 1976).

Para Onofre (2004) a palavra Psicomotricidade é uma palavra "difícil e rebuscada" mas pouco representativa para um diálogo e estudo mais aprofundado, referindo que a sua utilização ainda é muito confusa pois dá a ideia de que as noções de corpo e espírito se encontram separadas e que existe outra motricidade sem psiquismos ou mesmo a separação do movimento e da ação mas apesar disto é possível perceber que a pessoa é algo único e uno (Onofre, 2004).

A Terapia Psicomotora não pretende a "correção de atitudes corporais viciadas, nem uma terapia exterior pseudo-funcional da marcha ou da preensão". Ela constitui-se como uma "educação do ato motor pelo pensamento, ao mesmo tempo que constitui uma educação do pensamento pelo ato motor" (Fonseca, 1976). Para isto a Terapia Psicomotora age sobre as funções mentais perturbadas por intermédio do corpo, entendendo o indivíduo na sua globalidade e tentando melhorar as capacidades de atenção, representação e relacionamento visando uma organização mental cada vez mais acrescida (Fonseca, 1976). Podemos apontar os seguintes objetivos em Terapia Psicomotora:

- melhorar a atividade mental que preside a elaboração, transmissão, execução e controlo de movimento;
- reconhecer as direções, as relações objetais, proporções, permanências e causalidades;
- determinar sinergias;
- destruir sincinésias e paratonias;
- integrar o movimento;
- aumentar a disponibilidade;
- facilitar as reações adaptativas;
- afirmar a lateralidade;
- inibir as pulsões motoras;
- melhorar a representação do movimento;
- verificar a integração da noção do corpo;
- melhorar a atividade nervosa;
- permitir a realização motora consciente;
- valorizar o aspeto simbólico e expressivo do movimento; e
- aperfeiçoar a relação e a comunicação (Fonseca, 1976).

2.1. Intervenção Psicomotora com Adultos com DID

Os estudos realizados nesta área são escassos o que leva a que a prática psicomotora realizada com esta população, seja frequentemente uma adaptação da prática realizada com crianças (Ojeda, 2005).

Um primeiro aspeto a referir aponta a necessidade de o técnico que intervém com esta população ter sempre em conta o facto de as pessoas com quem trabalha serem adultos. Assim o técnico deve ter em atenção em não infantilizar a sua intervenção, caindo no erro de assumir que as dificuldades intelectuais ou cognitivas sejam associadas com um estadio de desenvolvimento equiparado ao da infância. O técnico deve ainda adaptar a sua comunicação às pessoas com quem interage (Ojeda, 2005; Kelly, 2006).

Este mesmo autor defende ainda que o psicomotricista deve ter um papel de potenciador de relações criando situações e momentos favoráveis ao contato relacional e à integração de todos os participantes nas atividades independentemente do seu grau de dificuldade (Ojeda, 2005).

Ojeda (2005) apresenta ainda a psicomotricidade como uma atividade essencial para a melhoria da qualidade de vida. Sobre este tópico, Kelly (2006) defende que uma intervenção centrada na pessoa permite uma melhoria na qualidade de vida das pessoas com deficiência, criando-lhes oportunidades de terem sonhos para o futuro, trocando o enfoque na sua incapacidade ou deficiência pelo enfoque nas suas capacidade e habilidades.

Trabalhos anteriormente apresentados à FMH para a obtenção de grau de mestre em Reabilitação Psicomotora apresentam uma multidisciplinariedade dos Técnicos de Psicomotricidade em termos de meios de intervenção em psicomotricidade, muito embora se desenvolvam em contexto de transição para a vida ativa, referem o meio aquático, o ginásio, a equitação terapêutica, etc.. Apesar da intervenção durante este estágio não ter tido o mesmo objetivo e enquadramento, dado a vocação da instituição, torna-se importante fazer uma pequena contextualização dos diferentes meios onde se realizou intervenção psicomotora durante este estágio.

2.1.1. Psicomotricidade e meio aquático

“Sabe-se que a água é um ambiente “facilitador”, um verdadeiro “envelope corporal” chamado meio aquático” (Gutierrez Filho, 2003).

É nesta água que se dá uma reaprendizagem postural e motora. Este fato torna-se ainda mais importante para as populações com deficiência, que no meio aquático conseguem trabalhar em três dimensões ao mesmo tempo otimizando as suas capacidades motoras, de uma forma diferente que no meio terrestre, devido à sensação de liberdade (Gutierrez Filho, 2003).

A intervenção psicomotora no meio aquático está associada a objetivos psicomotores, cognitivos e motores o que permite um desenvolvimento harmonioso e integral (Freitas e Silva, 2010). Assim sendo Varela, Duarte, Sereno, Dias e Pereira (2000) demonstram como a intervenção psicomotora em meio aquático abarca os sete fatores psicomotores: Tonicidade – A água quente da piscina reduz temporariamente a espasticidade e a rigidez muscular, permitindo ainda uma melhor manutenção da circulação nas zonas afetadas. A impulsão da água e a redução da resistência ao movimento por parte da água quente facilitam o restabelecimento do tônus muscular ou a melhoria das condições de hipo ou hipertonicidade; Equilíbrio – Na água, o indivíduo encontra-se numa posição horizontal que condiciona alterações ao nível das sensações labirínticas, das sensações oculares, das sensações plantares e das sensações do tônus de manutenção; Lateralização – A água, graças às suas características, efetua uma intensa estimulação propriocetiva e exteroceptiva que possibilita a integração de informação, facilitando assim o desenvolvimento cognitivo; Noção do corpo – O movimento na água permite adquirir uma maior consciencialização do corpo e de si próprio; Estruturação Espaço Temporal – A exploração da água e deslocamentos com diferentes direções,

sentidos e trajetórias permitem o desenvolvimento de relações espaciais que podem ainda ser enriquecidas com a existência de uma maior ou menor quantidade de água e com a presença e localização de outros indivíduos. Já as noções temporais devem ser desenvolvidas durante a realização das atividades propostas, sendo que o ritmo tem uma grande importância na realização de diversas habilidades aquáticas que envolvem o controle respiratório e mesmo os movimentos propulsivos; Praxia Global e Fina – Estes fatores psicomotores são essencialmente trabalhados na aprendizagem das habilidades aquáticas onde se pretende uma evolução no sentido de uma execução cada vez mais coordenada e competente.

2.1.2. Psicomotricidade e Atividade Física Adaptada

O conceito de Atividade Física Adaptada (AFA) é bastante amplo, porém todas suas definições estão relacionadas com as inúmeras possibilidades da motricidade humana (Lucena & Mauerberg-de Castro, 2006).

De acordo com Carmo (1991), pode-se compreender a atividade física adaptada como uma área cuja responsabilidade é de contribuir para o desenvolvimento do ser humano por meio da atividade física, permitindo não só a integração na sociedade, mas também a oportunidade de conhecer e vivenciar as diferentes práticas corporais e desportivas (Borella, Almeida, Harnish, & Storch, 2011).

Na AFA as pessoas com deficiência têm oportunidade de realizar e aprender novos movimentos por meio do lazer, da recreação, de jogos, brincadeiras, desporto e dança (Borella, Almeida, Harnish, & Storch, 2011).

Marques, Moura e Castro & Silva (2001) referem que vários autores consideram que a AFA se expressa em três Dimensões (competitiva, recreativa e terapêutica). Sherrill (1998) propõe uma visão da AFA segundo um serviço composto por três componentes distintas: Componente do Ser, Componente do Fazer e a Componente do Saber. A Componente do Ser é, para o referido autor, uma atitude, uma forma de ensino que é reflexo das suas crenças e valores e que motiva um ajustamento das atividades ao indivíduo, tendo em vista a otimização da sua aprendizagem. A Componente do Fazer é entendida como um sistema integrado concebido para amenizar problemas do domínio psicomotor. Segundo esta ótica o sistema pode ser uma escola, uma classe ou uma comunidade em que são prestados serviços a pessoas com diferentes necessidades de uma forma integrada. Por fim, a Componente do Saber foca sobre problemas psicomotores em indivíduos que apresentam um desenvolvimento psicomotor abaixo da média referente à sua idade.

Para Marques, Moura e Castro & Silva (2001) a atividade física sublinha e congrega todas as formas de participação desportiva de um indivíduo, mesmo com fortes limitações da capacidade de movimento, e seja qual for o objetivo da atividade (educativo, recreativo, competitivo ou terapêutico).

2.1.3. Psicomotricidade e espaços Snoezelen

O termo “Snoezelen” surge da combinação de dois termos: “snuffeln” =cheirar e “doezelen”= dormir (Verheul, 2007).

Verheul (2007) apresenta o Snoezelen como uma atividade recreativa e relaxante para as pessoas com deficiências mais severas.

A sala de Snoezelen proporciona uma atmosfera casual e calma onde vários estímulos são oferecidos, estimulando assim os vários sentidos - o toque, o cheiro, a visão e a audição - criando assim uma oportunidade para as pessoas com DID descobrirem o mundo e o seu próprio corpo, algo que lhes é impossível de fazer no dia a dia (Verheul, 2007). Este equipamento surge nos anos 70, na Holanda, houve um aumento de problemas das pessoas com deficiência o que fez com que as atividades ocupacionais e de lazer

existentes deixassem de ser adaptadas a este tipo de população. Este fato fez com que começasse a haver uma nova oferta de materiais mais adaptados a estas novas dificuldades e um maior desenvolvimento do Snoezelen (Verheul, 2007).

Com a evolução do Snoezelen começou a ser estabelecida uma relação entre estas duas atividades sendo que começaram a ser utilizados materiais de aprendizagem no Snoezelen mas com o intuito das pessoas com deficiência se divertirem enquanto realizavam algumas aprendizagens. Os objetivos do Snoezelen estão intimamente ligados com as dificuldades e capacidades do grupo alvo. Pode ser utilizado como um espaço com uma oferta seletiva de estímulos primários, como um espaço de bem-estar através da estimulação multissensorial, um espaço que se adapta às necessidades dos indivíduos com deficiência permitindo-lhes ser ativos numa atividade que apreciam e não para adquirir informação ou para aprender ou se desenvolver, como um espaço que permite uma estimulação sensorial em termos de luz, sons, toque, cheiro e mesmo paladar (Verheul, 2007).

2.1.4. Psicomotricidade e Dançaterapia

A conceptualização da Dançaterapia não é fácil de sistematizar devido à diversidade de práticas e metodologias utilizadas e pela diversidade de formação dos dançaterapeutas (Santos, 1999).

Segundo Castro (2003) a Dançaterapia integra-se no âmbito das terapias pelas artes, que congregam a Musicoterapia, a Dramaterapia, a Ludoterapia, o Psicodrama entre outras. Segundo Payne (1992) a Dançaterapia, refere-se à “ utilização do movimento expressivo e da dança como um veículo através do qual um indivíduo se pode envolver no processo de integração e crescimento pessoal” (pp. 4), aspetos que no nosso ponto de vista se articulam quer com a definição quer com os âmbitos de intervenção psicomotora.

A Dançaterapia permite uma melhor capacidade de comunicação e de relação interpessoal sendo que a sua essência está profundamente relacionada com a tentativa de encontrar uma forma de facilitar a emergência de opostos e contradições, como o movimento e a quietude, contidos na totalidade do eu (Castro, 2003).

Blatt (1991) apresenta quatro conceitos sobre os quais a Dançaterapia se edifica: - o reconhecimento da importância dos meios de expressão não-verbal como processo terapêutico;

- o movimento dançado para motivar as expressões e estimular a comunicação entre o paciente e o terapeuta;
- o recurso ao processo simbólico;
- o eminente valor terapêutico do processo criativo (cit. in Castro, 2003).

Em conclusão poderemos referir que a Intervenção Psicomotora com populações adultas com DID pode ser planeada e desenvolvida, recorrendo a diversos meios de intervenção, de uma forma integrada e complementar potenciando as diferentes características e especificidades de cada meio em si, alavancando desta forma e pela potenciação mútua o resultado final pretendido da intervenção.

3. Enquadramento Legal

De acordo com o Decreto-Lei n.º 18/89 de 11 de janeiro “nem sempre a profundidade ou extensão das limitações físicas ou mentais apresentadas pelas pessoas com deficiência grave permitem a sua integração sócio profissional nos quadros normais de trabalho ou em centros de emprego protegido após o período adequado de educação especial ou reabilitação profissional. No entanto, muitas dessas pessoas (...) são suscetíveis de uma certa integração social ativa, mediante o desenvolvimento de atividades

ocupacionais (...) sem vinculação às exigências de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral.”

Estas atividades ocupacionais têm “como finalidade proporcionar às pessoas com deficiência atividades socialmente úteis, de forma a permitir-lhes uma valorização pessoal e o aproveitamento das suas capacidades.” Os objetivos destas atividades são “estimular e facilitar o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes das pessoas com deficiência grave”, “facilitar a sua integração social”, e “facilitar o encaminhamento da pessoa com deficiência, sempre que possível, para programas adequados de integração sócio profissional.”

As atividades ocupacionais podem ser divididas em dois tipos: atividades socialmente úteis (“proporcionam a valorização pessoal e o máximo aproveitamento das capacidades da pessoa, no sentido da sua autonomia, facilitando uma possível transição para programas de integração sócio económica”); ou atividades estritamente ocupacionais (“visam manter a pessoa com deficiência mais grave ativa e interessada, favorecendo o seu equilíbrio físico, emocional e social”). Estas devem estar “organizadas de forma fundamentalmente personalizada, tendo em atenção o tipo de tarefas a desempenhar e as necessidades individuais.”

É importante ainda referir que estas atividades “destinam-se a pessoas com deficiência grave, com idade igual ou superior a 16 anos, cujas capacidades não permitam, (...), o exercício de uma atividade produtiva.” Estas atividades devem “realizar-se em ligação com a família, tendo em vista a sua participação e acompanhamento na evolução da situação.”

“As atividades ocupacionais poderão ser desenvolvidas em estruturas específicas, designadas centros de Atividades Ocupacionais, noutras estruturas existentes na comunidade ou no próprio domicílio.”

3.2. Centros de Atividades Ocupacionais

Os Centros de Atividades Ocupacionais devem ser de pequena dimensão e devem estar inseridos na comunidade permitindo aos utentes: “a realização de atividades socialmente úteis e estritamente ocupacionais; o apoio técnico permanente nos planos físico, psíquico e social; e a participação em ações culturais, ginnodesportivas e recreativas.”

Para frequentar estes Centros de Atividades Ocupacionais são necessárias algumas condições de admissão: “A verificação da existência de uma deficiência grave, temporária ou permanente, que não permita o exercício de uma atividade produtiva”; e “a comprovação de que a situação do deficiente não se enquadra no âmbito de aplicação legalmente definido para o emprego protegido.”

A cessação da frequência das atividades ocupacionais dá-se caso a pessoa com deficiência seja integrada “noutra estrutura mais adequada à sua nova situação, designadamente em centros de emprego protegido ou eventualmente no mercado normal de trabalho” ou caso haja um “agravamento das condições psíquicas e físicas da pessoa e que imponha a sua saída para estruturas mais adequadas à sua nova situação.”

4. Enquadramento Institucional Formal¹

O presente estágio decorreu ao nível do CAO da CERCIOEIRAS.

A CERCIOEIRAS – Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos com Incapacidade, CRL, fundada em outubro de 1975 por um grupo de pais e técnicos, é uma cooperativa de Solidariedade Social e de Utilidade Pública cuja sede se localiza em Barcarena. A instituição tem desde a sua fundação, procurado humanizar o atendimento a pessoas com DID, tendo para isso os seus funcionários especializados, implementado

¹ Os dados apresentados neste ponto para caracterização institucional, têm por base informação disponível no site da internet da instituição.

métodos e técnicas científicas, possibilitando uma existência pautada por uma visão de “Uma organização de excelência e referência na construção de uma sociedade inclusiva” com a missão de “Integrar, educando, reabilitando e cuidando, ao longo da vida, os clientes e suas famílias, com excelência e sustentabilidade” (CERCIOEIRAS, 2009-2010).

A CERCIOEIRAS considera orientar-se por um sistema de Valores bem definidos, tais como: o Respeito pela Pessoa, pautando a sua conduta por princípios de respeito, cordialidade, responsabilidade, confiança e transparência; a Qualidade e Excelência, procurando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados; a Cooperação, valorizando a complementaridade, as competências e as realizações individuais em prol da sua missão; a Responsabilidade Social, co-responsabilizando todos os stakeholders para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva; a Inovação e Empreendedorismo, ao estar disponível para a mudança e promovendo o desenvolvimento de novas ideias nas áreas da reabilitação/habilitação; e a Responsabilidade Ambiental, contribuindo para a melhoria e qualidade do meio ambiente (CERCIOEIRAS, 2009-2010).

Segundo esta orientação e em função do trabalho desenvolvido a CERCIOEIRAS foi reconhecida através da sua certificação pela norma ISO 9001:2008 em 2010 e, mais especificamente, o CAO, o Lar Residencial e a SAD, em 2011, pelos manuais de qualidade da Segurança Social (CERCIOEIRAS, 2009-2010).

A CERCIOEIRAS disponibiliza vários serviços e respostas sociais de entre os quais:

- Escola de Educação Especial (EEE) em que são apoiados crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais de carácter prolongado;

- Equipa Local de Intervenção de Oeiras (ELI de Oeiras) que apoia crianças dos 0 aos 6 anos de idade, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitem o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como, crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento;

- Lar Residencial com capacidade e acordo de Cooperação com a Segurança Social para 50 clientes com idades superiores a 16 anos;

- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) com acordo de Cooperação com a Segurança Social para 20 clientes;

- Gabinete de Apoio à Família (GAF) com um papel interventor nas necessidades das pessoas com deficiência e suas famílias;

- Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) com o qual a CERCIOEIRAS integra desde abril de 2009, a rede nacional de Centros de Recursos para a Inclusão;

- Banco de Equipamentos e Tecnologias de Apoio (BETA), serviço de cedência ou aluguer de produtos de apoio a pessoas idosas ou com deficiência ou mobilidade reduzida residentes no Concelho de Oeiras;

- Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), com objetivos gerais de promover e maximizar o desenvolvimento da autonomia pessoal e social dos clientes, de valorizar as suas competências pelo desenvolvimento de atividades ocupacionais e socialmente úteis, de potencializar a sua qualidade de vida, respeitando as características e necessidades individuais e por fim, promover a integração sociofamiliar e comunitária.

5. Contexto Funcional

O CAO da CERCIOEIRAS apoia 89 clientes e a sua Equipa técnica é uma equipa multidisciplinar constituída por uma Diretora Técnica, Técnicos de Terapia Ocupacional, Fisioterapeutas, Técnicos de Reabilitação Psicomotora, Terapeutas da Fala, um Professor de Educação Física e Monitores e Auxiliares de Atividades Ocupacionais (CERCIOEIRAS, 2009-2010). Neste ponto irá ser abordado o papel dos Psicomotricistas na CERCIOEIRAS, dado ter sido neste âmbito que se desenvolveu o estágio.

5.1. Papel do Psicomotricista na CERCIOEIRAS

Na orgânica funcional do CAO da CERCIOEIRAS, o psicomotricista encontra-se integrado numa equipa de Técnicos de Reabilitação Psicomotora que, por sua vez se encontra incluída numa equipa multidisciplinar. Nesta mesma equipa encontram-se igualmente integrados a Fisioterapeuta da Instituição, o professor de Educação física, as Terapeutas Ocupacionais e a coordenadora do CAO, desenvolvendo todas as suas atividades no sentido de atingir os objetivos comuns. Esta equipa multidisciplinar reúne-se todas as semanas permitindo um trabalho e uma troca de informações constantes.

O psicomotricista assume um papel multifuncional sendo que intervém tanto em contexto de ginásio, piscina, dança, Snoezelen hipoterapia, bem como em atividades em exteriores, como na organização de caminhadas,. Normalmente tem também uma ou duas salas a seu cargo, sendo responsável por ela(s) e pelos clientes que a frequentam. Pode ainda ser responsável pela organização de atividades no CAO ou em atividades inter centros.

O estágio ao nível do CAO, a que refere o presente relatório decorreu no ano letivo 2012/2013, num período de 8 meses, desde outubro de 2012, a maio de 2013. Neste período foi-nos possível acompanhar um total de 54 clientes em diversas atividades. Dinamizámos sessões de forma independente, tendo outras sido desenvolvidas em colaboração com outros técnicos. Todas as intervenções tiveram como objetivo comum a melhoria da qualidade de vida dos diversos clientes e objetivos específicos de acordo com o contexto de intervenção em causa (tanque, piscina, ginásio, snoezelen, dança).

No decurso do estágio foi possível participar na organização de várias atividades, tais como uma matiné dançante, caminhada mágica, dia do coração, tendo esta última sido da total responsabilidade da estagiária.

REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No presente capítulo será abordada a prática profissional no âmbito do estágio, que decorreu no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) da CERCIOEIRAS. Inicialmente será descrita a população apoiada e apresentados os vários grupos apoiados. Posteriormente serão apresentados os objetivos de estágio, as diversas atividades onde a estagiária esteve envolvida e os diversos contextos, bem como os horários e planeamento da intervenção. De seguida será apresentado o processo de intervenção com os diversos clientes e grupos, que inclui a avaliação realizada antes e após a intervenção. No final será apresentada uma reflexão crítica, dificuldades e limitações sentidas no decorrer do estágio e as diversas atividades complementares de formação.

1. População Apoiada

No âmbito de estágio, a população apoiada pertence ao CAO da CERCIOEIRAS e distribui-se por 10 salas.

No total foram acompanhados 54 clientes, 32 do género masculino e 22 do género feminino entre os 16 e os 64 anos. A intervenção decorreu em grupo no meio aquático, no ginásio e na dança e individualmente, no Snoezelen.

A seguinte tabela (Tabela 1) apresenta o resumo da caracterização da população apoiada, sendo que a caracterização mais detalhada poderá ser consultada no Anexo 1.

Tabela 1: Caracterização da População

	atividades									
	almoço	piscina 2ª	Ginásio 2ª	Ginásio 3ª	Piscina 4ª	ginásio 1 4ª	ginásio 2 4ª	Snoezelen	Korpus	Piscina 6ª
N=54										
género										
fem	5	1	4	1	5	4	4	0	5	2
masc	8	4	6	6	4	5	4	1	2	2
escalão etário										
15-20		4	1		2					4
21-30	4	1	4	2	3	4	4		3	
31-40	4		2	1	1	2	4	1	3	
41-50	4		3	3	2	3			1	
51-60	1			1						
61-65					1					
Diagnóstico										
DID	13	5	10	7	9	9	8	1	7	4
Diagnóstico secundário										
DID	1	1	4	3	4	5	6	1	3	
T21	3		4	2			1		3	1
Autismo		1		1		2				2
Paralisia Cerebral	2			1	2	2				
Multideficiência	6	1			2				1	1
Síndromes		1	1							
Outros	1	1	1		1		1			
Sala										
1	11		2		1	2				
2					1	2				
3	2		1	7	2	3	1			
5		1	1		1		2	1	1	
6			1		1	2	1		1	
7		2			1		1			
GTA			3				2		2	
TEC			2		1		1		3	
EEE		2			1					4
Total	13	5	10	7	9	9	8	1	7	4

O cliente acompanhado no Snoezelen foi selecionado para estudo de caso, dado ser o único em contexto de apoio individual e os restantes estudos de caso foram feitos de acordo com os diversos grupos apoiados. De seguida, serão apresentados os casos em estudo.

1.1. Apresentação de Casos

Neste ponto será apresentado o cliente apoiado no contexto de Snoezelen e os diversos estudos de grupo realizados nos diversos contextos (Piscina, Ginásio e Dança). Será feita uma breve caracterização de cada cliente e para manter a confidencialidade das informações, serão os clientes referenciados apenas pela primeira letra do nome e do apelido.

- J.P.

O cliente J.P. foi acompanhado individualmente no contexto do Snoezelen. Este cliente tem como diagnóstico “Deficiência Intelectual Severa”, sendo cliente do CAO e do Lar Residencial desde 1993. Está inserido no grupo 5 do CAO e a sua data de nascimento é 28/02/1979. O J.P. não fala mas consegue estabelecer relação com os técnicos através da expressão corporal. Consegue transmitir os seus desejos levando a mão do técnico a fazer aquilo que quer fazer e levando o técnico para onde quer ir. Não é agressivo para com os técnicos nem com os colegas, mas às vezes bate-se como forma de estimulação propriocetiva. O cliente come sozinho mas o prato tem de ser arranjado pelo técnico.

-Grupo da Piscina

Este grupo é composto por 9 clientes, que apresentamos de seguida:

- E.L.

A cliente E.L. tem como diagnóstico “Deficiência Intelectual e Desenvolvimento, Deficiência visual e Epilepsia”, sendo cliente do CAO desde 2005. Está inserida no grupo 1 do CAO e a sua data de nascimento é 06/02/1982. O compromisso visual da cliente, bem como o quadro convulsivo, podem ser condicionantes para alguns desempenhos, nomeadamente ao nível da mobilidade, pois apresenta dificuldades no subir/ descer escadas e nas deslocações. Nas áreas da alimentação, vestuário e higiene, revela alguma autonomia e em relação ao vestuário, a cliente veste-se/despe-se sozinha, necessitando de ajuda para sequenciar/ orientar (direito/avesso, frente/ trás) as diferentes peças de roupa. O seu comportamento é calmo e adequado às diferentes situações dentro e fora da Instituição, procurando realizar as atividades que lhe são propostas. Quando as exigências motoras vão para além do que é capaz, espera que alguém a oriente fisicamente.

- I.F.

A cliente I.F. tem como diagnóstico “Deficiência Intelectual”, sendo cliente do CAO desde 2006. Está inserida no grupo 2 do CAO e a sua data de nascimento é 25/03/1970. A cliente é autónoma nas áreas da Higiene Pessoal, Alimentação e Mobilidade e desempenha as suas tarefas nas diferentes áreas de intervenção de forma autónoma e independente. Na execução de novas tarefas necessita de orientação verbal e de supervisão. Conhece e interioriza, com alguma dificuldade, as suas rotinas semanais e é cumpridora na realização das mesmas. Comunica verbalmente e no que diz respeito às suas competências sociais, a cliente compreende o que ouve e o que lhe é pedido, conhece as regras básicas da interação social (o cumprimento, o pedir desculpa, o dizer obrigado), utilizando-as de forma adequada. As suas principais dificuldades residem na sua pouca disponibilidade em aceitar as chamadas de atenção, assumindo amuos e manifestações de desagrado quando contrariada.

- E.S.

O cliente E.S. tem como diagnóstico “Deficiência Intelectual e Desenvolvimento”, sendo cliente do CAO desde 2008. Está inserido no grupo 3 do CAO e a sua data de nascimento é 29/01/1948. O cliente é autónomo nas áreas da Higiene Pessoal, Alimentação e Mobilidade, desempenhando as suas tarefas nas diferentes áreas de intervenção de forma autónoma e independente. Na execução de novas tarefas, necessita de orientação verbal e de uma supervisão mínima. Conhece e interioriza com alguma facilidade as suas rotinas semanais sendo cumpridor na realização das mesmas. No que diz respeito às suas competências sociais, o cliente compreende o que ouve e o que lhe é pedido, conhece as regras básicas da interação social (o cumprimento, o pedir desculpa, o dizer obrigado), utilizando-as de forma adequada. Por vezes, tem um comportamento menos adequado nesta área, perguntando inúmeras vezes os mesmos assuntos a diferentes pessoas. No que diz respeito à Comunicação Verbal, o cliente comunica verbalmente mas tem dificuldades na articulação das frases.

- J.A.

O cliente J.A. foi acompanhado em grupo no contexto da Piscina. Este cliente tem como diagnóstico “Trissomia 21, Autismo, Insulina dependente – Diabético, Cego da vista dtª.”, sendo cliente do CAO desde 2012. Está inserido no grupo 3 do CAO e a sua data de nascimento é 19/07/1990. O cliente é um jovem meigo, com humor “normal”, relacionando-se muito bem com os outros. Necessita de ajuda parcial nos cuidados de higiene, vestir e despir, alimentação, bem como na expressão e compreensão de necessidades/instruções básicas.

- H.AI.

A cliente H.AI. foi acompanhada em grupo no contexto da Piscina. Esta cliente tem como diagnóstico “Deficiência Intelectual e Desenvolvimento”, sendo cliente do CAO desde 2005. Está inserida no grupo 5 do CAO e a sua data de nascimento é 04/01/1971. A cliente é autónoma nas áreas da Higiene Pessoal, Alimentação e Mobilidade e desempenha as suas tarefas nas diferentes áreas de intervenção de forma autónoma e independente. Na execução de novas tarefas, necessita de orientação verbal e de uma supervisão inicial mínima. Conhece e interioriza com alguma facilidade as suas rotinas semanais e é cumpridora na realização das mesmas. No que diz respeito às suas competências sociais, a cliente compreende o que ouve e o que lhe é pedido, conhece as regras básicas da interação social (o cumprimento, o pedir desculpa, o dizer obrigado) e utiliza-as de forma adequada. As suas principais dificuldades residem na dificuldade em aceitar as chamadas de atenção, e na falta de adequação de comportamento

- H.Ag.

A cliente H.Ag. foi acompanhada em grupo no contexto da Piscina. Esta cliente tem como diagnóstico “Deficiência Intelectual e Desenvolvimento”, sendo cliente do CAO desde 2004. Está inserida no grupo da Tecelagem e a sua data de nascimento é 17/09/1977. A cliente é autónoma nas atividades de vida diária (higiene pessoal, alimentação e mobilidade). Interage com os pares e colaboradores, nem sempre de forma adequada, não respeitando a distância interpessoal e utilizando o tom nem sempre mais adequado. Ao nível da comunicação, a cliente não tem comunicação verbal oral eficaz, utilizando vocalizações diferenciadas consoante o contexto em que se encontra e pessoas com quem interage, utilizando ainda o gesto como complemento das vocalizações. No que diz respeito às suas competências sociais, a cliente compreende o que ouve e o que lhe é pedido. As suas principais dificuldades residem na sua resistência à aceitação de chamadas de atenção.

- M.F.

O cliente M.F. foi acompanhado em grupo no contexto da Piscina. Este cliente tem como diagnóstico “Autismo Severo e Deficiência Intelectual”, sendo cliente do EEE desde 2002. Está inserido na sala de EEE e a sua data de nascimento é 12/05/1996. O cliente é dependente de todos os itens nas AVD's. Apresenta marcha autónoma, mas necessita de reforço físico para orientação espacial. Não comunica verbalmente emitindo alguns sons quando quer interagir com o técnico. É agressivo.

- T.R.

O cliente T.R. foi acompanhado em grupo no contexto da Piscina. Este cliente tem como diagnóstico “Perturbação do Espectro do Autismo”, sendo cliente do CAO desde 1996. Está inserido no grupo 6 do CAO e a sua data de nascimento é 23/04/1985. O cliente é autónomo na ida à casa de banho, dizendo que quer ir e dirigindo-se a esta, com

supervisão, quando o adulto o autoriza. Precisa de supervisão constante nas deslocações para as atividades e durante as mesmas, sendo autônomo na locomoção. Isola-se dos restantes colegas e colaboradores durante as atividades, procurando-os apenas se tiver alguma necessidade básica. Interage com os responsáveis do seu grupo, mas não procura os colegas. Tem um comportamento hiperativo e estereotipado, agredindo-se por vezes. Ocasionalmente tem crises com manifestação motora aguda, chorando e agredindo-se a si próprio e aos outros.

Comunica pouco verbalmente e apresenta ecolalias.

- M.C.

A cliente M. C. tem como diagnóstico “Sequelas de AVC em Estado Vegetativo Persistente”, sendo cliente do CAO e da Unidade Residencial desde 2006. Está inserida no grupo 7 do CAO e a sua data de nascimento é 28/09/1996. A cliente é totalmente dependente de terceiros em todos os cuidados

-Grupo do Ginásio

Este grupo é composto por 8 clientes que apresentamos de seguida:

- A.M.

A cliente A.M. tem como diagnóstico “Deficiência Mental Ligeira”, sendo cliente do CAO desde 2003, onde apenas ia 3 vezes por semana. Apenas em 2011 a sua frequência se tornou diária, tendo nessa data começado também a frequentar a Unidade Residencial. Está inserida no grupo 7 do CAO e a sua data de nascimento é 11/03/1980. A cliente é autónoma em todas as atividades da vida diária, necessitando apenas de alguma orientação verbal e supervisão em alguns momentos esporádicos, para a concretização das atividades em que se encontra envolvida. As suas principais dificuldades residem na sua dificuldade em aceitar as chamadas de atenção e críticas.

- I.K.

A cliente I.K. tem como diagnóstico “Deficiência Mental”, sendo cliente do CAO e da Unidade Residencial desde 2004. Está inserida no grupo 5 do CAO e a sua data de nascimento é 02/09/1987. A cliente é autónoma nas áreas da Higiene Pessoal, Alimentação e Mobilidade, tem comunicação verbal e desempenha as suas tarefas nas diferentes áreas de intervenção, de forma autónoma e independente. Na execução de novas tarefas, necessita de orientação verbal e de uma supervisão inicial mínima. Conhece e interioriza com alguma facilidade as suas rotinas semanais, sendo cumpridora na realização das mesmas. No que diz respeito às suas competências sociais, a cliente compreende o que ouve e o que lhe é pedido, conhece as regras básicas da interação social (o cumprimento, o pedir desculpa, o dizer obrigado), utilizando-as de forma adequada. As suas principais dificuldades residem na sua dificuldade em aceitar as chamadas de atenção e críticas.

- N.M.

O cliente N.M. tem como diagnóstico “Deficiência intelectual”, sendo cliente do CAO e da Unidade Residencial desde 2003. Está inserido no grupo 5 do CAO e a sua data de nascimento é 22/05/1979. O cliente é autónomo na marcha, alimentação e na sua higiene pessoal. Desempenha atividades ocupacionais com eficiência, tais como, auxiliar de bar e atelier de expressão plástica. Tem dificuldade em transmitir opiniões e gosta muito de

abraçar as pessoas, não respeitando o espaço interpessoal. É sociável, responsável, prestativo e meigo.

- V.B.

O cliente V.B. tem como diagnóstico “Deficiência Intelectual Moderada”, sendo cliente do CAO e da Unidade Residencial desde 2005. Está inserido no grupo GTA do CAO e a sua data de nascimento é 11/7/1991. O cliente é autónomo nas atividades da vida diária, necessitando de alguma supervisão e orientação para a concretização das mesmas. Não tem competências ao nível da leitura e escrita [escreve apenas o seu nome], mas consegue fazer uma leitura funcional com a utilização de símbolos e fotografias. Estabelece facilmente relações interpessoais.

- N.C.

O cliente N.C. tem como diagnóstico “Deficiência Mental Moderada”, sendo cliente do CAO e da Unidade Residencial desde 1998. Está inserido no grupo GTA do CAO e a sua data de nascimento é 30/01/1979. O cliente é autónomo em todas as atividades da vida diária, necessitando de alguma orientação e supervisão ligeira, para a concretização das mesmas. Tem competências ao nível da leitura e escrita. Tem alterações de comportamento, com eventuais ocorrências de incidentes críticos, quando é chamado à atenção e/ou quando lhe é recusado um pedido pessoal. Estas alterações de comportamento são caracterizadas por autoagressão, destruição de bens e fuga.

- L.S.

A cliente L.S. tem como diagnóstico “Trissomia 21”, sendo cliente do CAO desde 2005. Está inserida na sala Tecelagem do CAO e a sua data de nascimento é 17/06/1986. A cliente é autónoma nas áreas da Higiene Pessoal, Alimentação e Mobilidade, desempenhando as suas tarefas nas diferentes áreas de intervenção de forma autónoma e independente. Na execução de novas tarefas, necessita de orientação verbal e de uma supervisão mínima. Conhece e interioriza com alguma facilidade as suas rotinas semanais e é cumpridora na realização das mesmas. A sua principal dificuldade reside na sua gestão do tempo, pelo que chega muitas vezes atrasada às oficinas onde desempenha as suas funções. No que diz respeito às suas competências sociais, a cliente compreende o que ouve e o que lhe é pedido, conhece as regras básicas de interação social (o cumprimento, o pedir desculpa, o dizer obrigado), utilizando-as de forma adequada. As suas principais dificuldades residem na sua dificuldade em aceitar as chamadas de atenção, e nos amuos e manifestações de desagrado que assume, quando contrariada.

- D.L.

A cliente D.L. tem como diagnóstico “Deficiência Intelectual e Desenvolvidamental”, sendo cliente do CAO desde 1998 e da Unidade Residencial desde 2003. Está inserida no grupo 6 do CAO e a sua data de nascimento é 16/09/1974. A cliente é autónoma nas suas atividades de vida diária, necessitando por vezes de supervisão quando se encontra com alterações comportamentais. Revela algumas dificuldades no que se refere à comunicação não-verbal (postura, contacto físico, distância interpessoal, tom de voz, contacto visual, ouvir) bem como no que diz respeito ao cumprimento de regras. Comunica verbalmente com facilidade sendo, por vezes, desadequada. Necessita de reforços constantes e revela, com frequência, um descontrolo emocional que se manifesta em crises de ansiedade e choro na maior parte do tempo, sendo tema principal a sua família e a sua casa. Esse

descontrole interfere negativamente com o seu desempenho nas atividades. Interage sobretudo com colaboradores, parecendo sentir-se intelectualmente superior aos colegas.

- G.A.

O cliente G.A. tem como diagnóstico “Surdez Neurosensorial Profunda Bilateral e sequelas de Síndrome Fetal Alcoólico”, sendo cliente do CAO e da Unidade Residencial desde 2007. Está inserido no grupo 5 do CAO e a sua data de nascimento é 20/02/1990. O cliente é autónomo nas suas atividades da vida diária. Não tem comunicação verbal mas percebe o que se lhe diz, desde que seja acompanhado com alguns gestos. Comunica através de expressões faciais e corporais.

-Grupo Korpus – Dança Inclusiva

Este grupo é composto por 7 clientes: I.K, N.C, L.S, D.L, G.P, V.G e A.A. Visto que os quatro primeiros também foram acompanhados no ginásio seguidamente são apresentados os últimos três.

- G.P.

O cliente G.P. tem como diagnóstico “Trissomia 21”, sendo cliente do CAO desde 2009. Está inserido no grupo GTA do CAO e a sua data de nascimento é 27/03/1991. O cliente é autónomo na realização das atividades da vida diária, não necessitando de supervisão para a sua concretização. Tem um perfil social muito adequado e é muito organizado e focalizado nas suas tarefas, aceitando a responsabilidade das mesmas. Estabelece facilmente relações interpessoais com os pares e monitores, embora tenha relações preferenciais com determinados pares, motivando desta forma que se isole em algumas situações de grupo.

- V.G.

A cliente V.G. tem como diagnóstico “Autismo”, sendo cliente do CAO desde 2012. Está inserida no grupo da Tecelagem do CAO e a sua data de nascimento é 01/04/1978. A cliente é autónoma na marcha, na alimentação e na utilização do sanitário. Precisa de alguma supervisão nas atividades de vida diária (vestir/ despir, no banho). Ao nível das relações interpessoais, a cliente é tímida e reservada. Relativamente ao seu comportamento, é adequado, não gostando no entanto de ser contrariada.

- A.A.

A cliente A.A. tem como diagnóstico “Deficiência Mental”, sendo cliente do CAO desde 2006. Está inserida no grupo da Tecelagem do CAO e a sua data de nascimento é 28/10/1966. A cliente é autónoma nas áreas da Higiene Pessoal, Alimentação e Mobilidade. Desempenha as suas tarefas nas diferentes áreas de intervenção de forma autónoma e independente. Na execução de novas tarefas, necessita de orientação verbal e de uma supervisão mínima. Conhece e interioriza com alguma facilidade as suas rotinas semanais, sendo cumpridora na realização das mesmas. A cliente comunica verbalmente, comunica desejos e vontades, utilizando um discurso muito limitado. No que diz respeito às suas competências sociais, a cliente compreende o que ouve e o que lhe é pedido, conhece as regras básicas de interação social (o cumprimento, o pedir desculpa, o dizer obrigado), utilizando-as de forma adequada. Por vezes, amua e manifesta o seu desagrado (ficando muito calada) quando lhe pedem que faça algo que não quer fazer.

2. Objetivos e Atividades de Estágio

Os objetivos gerais do presente estágio consistem em proporcionar a aprendizagem e o treino especificamente direcionado para o exercício da atividade profissional, através do ganho de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade.

No que respeita à intervenção realizada com os clientes apresentados neste relatório, destacam-se os objetivos:

- Promover e maximizar a sua Qualidade de Vida;
- Manter, diminuir ou retardar a sua necessidade de apoios;
- Promover e maximizar a sua autonomia.

De seguida, será apresentada a forma como decorreu a intervenção no âmbito do estágio.

2.1. Intervenção Psicomotora

A intervenção Psicomotora dirigiu-se a jovens e adultos com DID do CAO da CERCIOEIRAS. A estagiária integrou atividades já existentes na instituição, no Meio Aquático, no espaço Snoezelen, no Ginásio e na Dança, assumindo a responsabilidade por algumas delas.

No meio aquático a estagiária acompanhou três grupos diferentes: um grupo da sala de EEE na segunda-feira, um grupo de clientes do CAO na quarta-feira (que se subdividia, normalmente, em três grupos) e um grupo da sala de EEE na sexta-feira. Todas as sessões tinham uma estrutura diferente devido aos objetivos diferenciados para cada grupo.

No Snoezelen a estagiária acompanhou uma sala de onde selecionou o seu estudo de caso. Apesar de intervir com vários elementos da sala optámos por apresentar um único estudo de caso, visto ter sido o que teve uma intervenção mais individualizada. As sessões de Snoezelen foram realizadas na quinta-feira de manhã e o grupo era subdividido em vários sub grupos. A estagiária começava a sessão apenas com o seu estudo de caso, sendo posteriormente realizadas duas sessões com os restantes clientes da sala que estavam aptos para ir à sala Snoezelen. Em todas as sessões houve uma estrutura base que envolve um primeiro tempo de chegada à sala onde os clientes retiravam os seus sapatos com a ajuda da estagiária, um segundo momento da sessão propriamente dita, onde os clientes realizavam uma auto exploração ou uma exploração orientada (em casos específicos) da sala, sendo ainda realizados cuidados pessoais, tais como massagens, e o momento final onde os clientes tinham de calçar os sapatos, com a ajuda da estagiária.

No ginásio a estagiária acompanhou vários grupos: Segunda-Feira à tarde, Terça-feira de manhã e dois grupos na Quarta-feira à tarde (sendo o segundo o estudo de grupo de ginásio). Em todas as sessões dos grupos do Ginásio foi utilizada uma estrutura base idêntica começando por um pequeno aquecimento, seguido de exercícios em máquinas, circuitos ou jogos, sendo finalizadas com uma atividade de retorno à calma.

Na Dança a estagiária acompanhou um grupo, com a periodicidade de uma vez por semana (Quinta-Feira de manhã). A estrutura base adotada para estas sessões, comportava um pequeno aquecimento inicial, um tempo maximizado para os exercícios e ensaios para espetáculos, finalizando-se com um momento de retorno à calma.

Relativamente à avaliação, a mesma foi efetuada nos grupos e/ou clientes selecionados para estudo de caso ou de grupo, utilizando grelhas de avaliação.

De seguida serão apresentados todos os momentos de estágio semanais da estagiária.

2.1.1. Piscina 2ª feira

A atividade de Piscina de 2ª feira realizou-se com um grupo de 5 clientes das salas da EEE. Todos os clientes têm DID sendo que um deles tem ainda autismo severo, outro tem síndrome de Landau-Kleffner, outro tem epilepsia e outra tem Paralisia Cerebral. As sessões ocorreram uma vez por semana no tanque da instituição.

Devido ao tipo de população e à observação das dinâmicas utilizadas em sessões anteriores, as sessões foco da nossa intervenção, não seguiram uma estrutura rígida, tendo o técnico responsável pela sessão, a estagiária, e o colaborador desenvolvido o trabalho de forma individualizada com cada cliente. Três dos clientes realizavam atividades de imersão, integradas em atividades intelectuais (encontrar os quadrados de cores espalhados na piscina e colocar no local correto) e de iniciação aos estilos de crawl e costas em que, com apoio de rolos e apoio físico, os clientes eram incentivados a realizarem batimentos de pernas. Relativamente à cliente com paralisia cerebral o principal objetivo era atenuar o tônus muscular, pelo que as atividades realizadas com a mesma eram desenvolvidas recorrendo a apoio físico, tendo sido utilizadas mobilizações ou mudanças de eixos, obrigando à regulação do tônus do pescoço. Relativamente ao cliente com autismo severo, o principal objetivo era a diminuição da sua excessiva agitação psicomotora, pelo que as suas atividades variavam entre momentos de relaxação, contacto físico e momentos de auto exploração do meio tentando assim tirar o máximo de benefício do envolvimento corporal pela água (envelope corporal).

Os materiais disponíveis eram pranchas, rolos de esponja, bolas de diversos tamanhos, argolas, arcos, um colchão e um jogo de cores.

2.1.2. Ginásio 2ª feira

A atividade de Ginásio de 2ª feira à tarde realizou-se com um grupo alargado de 10 clientes do CAO. Quanto aos seus diagnósticos todos têm DID sendo que dentro deste grupo se encontravam quatro clientes com Trissomia 21, um cliente com Síndrome X-Frágil e uma cliente com Epilepsia. As sessões decorreram uma vez por semana no ginásio da instituição.

Todas as sessões foram orientadas segundo uma estrutura semirrígida, sendo sempre iniciadas por uma “chamada”, onde cada cliente tinha de responder ao seu nome, tendo o grupo de se aperceber das presenças e ausências. Este pequeno momento era seguido por um momento de aquecimento em roda, para se proceder à mobilização articular, tendo por vezes sido complementado com um pequeno jogo de cooperação. Após o aquecimento os clientes realizavam trabalho em máquinas (remo, passadeira, elíptica). Durante este tempo os clientes que não estavam em desempenho, realizavam exercícios de um determinado desporto (basquete, voleibol, futebol, etc). Nalguns dias foi também possível a realização de atividades de relaxação e boccia.

O material disponível nestas sessões eram as máquinas de ginásio, bolas dos diversos desportos, material de ténis de mesa, material de badminton, tabelas de basquete, etc..

2.1.3. Ginásio 3ª feira

A atividade de Ginásio de 3ª feira realizou-se com o grupo 3 do CAO, com os clientes menos autónomos num total de 7, em que todos têm DID e, de entre os quais, três têm T21 e um Paralisia Cerebral. As sessões decorreram uma vez por semana no ginásio da instituição.

O objetivo geral desta atividade é proporcionar atividade física aos clientes menos autónomos do grupo, pelo que a atividade se baseia na utilização das máquinas de ginásio e na construção de alguns circuitos de atividades psicomotoras para os clientes fazerem, tais como a plataforma de equilíbrio, o banco sueco (pra passar por cima), subir e descer o espaldar, passar por cima de obstáculos, etc. O material disponível nestas sessões eram

as máquinas de ginásio, as bolas, bancos suecos, plataforma de equilíbrio, cones, bastões, etc..

2.1.4. Piscina 4ª feira

A atividade de Piscina de 4ª feira realizou-se com um grupo de 9 clientes, pelo que na maioria das sessões, foram separados em três grupos, possibilitando assim um apoio mais individualizado a cada cliente durante a sua sessão.

A primeira sessão era desenvolvida de forma individual com uma cliente que se encontra em estado vegetativo, pelo que a sessão se baseia na relaxação do tônus muscular de certos grupos musculares e na mobilização de várias articulações, com vista à promoção de melhores níveis de qualidade de vida a esta cliente.

Numa segunda sessão eram apoiados cinco clientes, todos eles com DID e de entre os quais 2 com autismo. Neste momento da sessão era realizado um pequeno aquecimento, com movimentações na piscina, seguido de exercícios específicos para cada cliente, nomeadamente a imersão (cada vez com menos apoio físico), a flutuação e batimentos de pernas. Já na última sessão eram apoiados três clientes de entre os quais dois têm T21. Com este grupo, os exercícios desenvolvidos após um pequeno aquecimento, baseavam-se na iniciação à natação, com exercícios de flutuação e imersão mas também de iniciação aos estilos crawl e costas. O material utilizado nestas sessões eram pranchas, rolos de esponja, bolas de diversos tamanhos, argolas, arcos, etc..

2.1.5. Ginásio 1 - 4ª feira

A atividade Ginásio 1 de 4ª feira à tarde realizou-se com um grupo de 9 clientes do CAO entre os quais se encontram dois clientes que além de DID têm Paralisia Cerebral. As sessões decorreram uma vez por semana no ginásio da instituição.

Todas as sessões foram orientadas segundo uma estrutura semirrígida, iniciando-se com um momento de aquecimento em roda para mobilização articular, tendo sido por complementado com exercícios de abdominais nos colchões. Após o aquecimento os clientes realizavam tarefas nas máquinas (remo, passadeira, elíptica). Durante este tempo os clientes que não estavam em atividade de máquinas, realizavam alguns exercícios de um desporto específico (basquete, futebol, etc) ou um percurso com atividades psicomotoras. No final da sessão foi sempre realizado um momento de retorno à calma, onde os clientes podiam deitar-se no colchão e, em silêncio, relaxar um pouco.

O material disponível nestas sessões eram as máquinas de ginásio, bolas, pinos, etc..

2.1.6. Ginásio 2 - 4ª feira

A atividade Ginásio 2 de 4ª feira à tarde realizou-se com um grupo de 8 clientes do CAO. As sessões decorreram uma vez por semana, tendo como principal objetivo, propiciar aos clientes um espaço onde pudessem realizar exercício físico com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Esta atividade de ginásio 2 tinha também associado o objetivo de trabalhar as questões sociais implícitas a um ginásio da sociedade, tais como o esperar para utilizar as máquinas, realizar as instruções da técnica, respeitar os colegas e os seus limites e ainda reconhecer os seus próprios limites.

Esta atividade ginásio 2 começou sempre por um pequeno momento de aquecimento onde os clientes realizavam uma pequena corrida ou um pequeno jogo da apanhada seguido de um momento de trabalho abdominal, flexões e dorsais. A segunda parte do ginásio consistia na utilização das máquinas ou na realização de um jogo de cooperação de grupo. No final da sessão os clientes aproveitavam para se deitar um pouco no colchão para efetuar o retorno à calma.

Este ginásio 2 sempre foi um ginásio um pouco diferente dos outros, devido aos seus objetivos. Uma das grandes diferenças é de que os clientes iam ter ao ginásio, tendo de lá estar a horas, em vez de ser a técnica a ir chamar às salas.

O material disponível nestas sessões eram as máquinas de ginásio, bolas, pinos, etc..

2.1.7. Snoezelen

O Snoezelen realizou-se com o grupo 5 do CAO mas apenas um cliente foi referido na caracterização da população, pois foi escolhido como estudo de caso. Este cliente tem DID e foi escolhido como estudo de caso, devido à relação que estabeleceu com a estagiária desde o primeiro contacto. O principal objetivo das sessões de Snoezelen para este cliente foram a criação de uma relação terapêutica e a diminuição da agitação psicomotora. As sessões seguiram sempre uma estrutura semirrígida, sendo que o cliente quando entrava na sala, tinha de retirar os sapatos e só depois poderia explorar a sala. Durante o resto da sessão a estagiária deixava o cliente explorar a sala ao seu gosto, tentando sempre ir-se aproximando do cliente. No final da sessão a estagiária, normalmente, tinha de desligar todo o material da sala para que o cliente percebesse que era o final da sessão, deixasse calçar os sapatos e voltar para a sala.

Na sala Snoezelen o material é específico sendo que neste caso havia disponível a bola de espelhos, o tapete sensorial, o colchão de água, a música, os discos giratórios, as fibras óticas, as colunas de água, etc..

2.1.8. Korpus

O grupo Korpus ensaia várias vezes por semana, tendo a estagiária acompanhado a sessão de 5ª feira, que se realizava com 7 clientes do CAO, entre os quais três tinham T21 e uma autismo. As sessões decorreram uma vez por semana na sala multiusos da instituição.

As sessões seguiram uma estrutura semirrígida iniciando-se com um pequeno aquecimento, seguido de exercícios para expressão corporal ou para trabalhar noções essenciais para a dança em grupo ou mesmo o ensaio de coreografias para espetáculos. No final da sessão era feito um momento de retorno à calma. O material disponível para esta atividade era a aparelhagem sonora onde se colocava a música, panos, mantas, colchões, etc..

2.1.9. Piscina 6ª feira

A Atividade de Piscina de 6ª feira realizou-se com um grupo de 4 clientes das salas da Escola de Educação Especial em que um cliente tem T21, duas têm Paralisia Cerebral e o outro tem Autismo Severo. As sessões ocorreram uma vez por semana no tanque da instituição.

As sessões não seguiram uma estrutura rígida sendo que o técnico responsável pela sessão e a estagiária trabalhavam individualmente com cada cliente. Para o cliente com Autismo severo o principal objetivo era a diminuição da excessiva agitação psicomotora pelo que as atividades variavam entre momentos de relaxação e contacto físico e momentos de exploração livre do meio pelo cliente, tentando assim tirar todos os benefícios do envolvimento corporal pela água (envelope corporal). Para o cliente com T21, o objetivo principal das sessões foi a socialização e a adaptação ao meio aquático, realizando pequenas brincadeiras de perseguição feita pelo técnico e brincadeiras com as bolas e ainda exercícios e imersão. Uma das clientes com Paralisia Cerebral consegue colocar-se na posição bípede dentro da piscina, pelo que um objetivo da atividade é a cliente movimentar-se pela piscina em posição bípede, tendo para isso sido utilizados pequenos jogos como o de arrumar as bolas na caixa. Esta cliente realizava também exercícios de imersão e de flutuação (com ajuda dos rolos). Por fim, a outra cliente com Paralisia Cerebral realizava atividades de relaxação e de ajustes do tônus.

Os materiais disponíveis eram pranchas, rolos de esponja, bolas de diversos tamanhos, argolas, arcos, um colchão, etc.

2.2. Relação com Outros Profissionais e Família

Dado no CAO da CERCIOEIRAS estar o psicomotricista integrado em equipa multidisciplinar, foi possível ao longo do estágio estabelecer interação e relação não só com os clientes acompanhados, mas também com uma equipa alargada de técnicos de reabilitação psicomotora, terapeutas ocupacionais, professor de educação física e ainda auxiliares de CAO.

A troca de dados e informações com outros técnicos e auxiliares do CAO, processou-se maioritariamente de duas formas, no primeiro caso, de modo informal durante as sessões e no segundo caso, no tempo passado nas salas ou no momento de ir buscar ou entregar os clientes das atividades às salas. Esta troca de informações possibilitou um maior conhecimento de cada cliente, permitindo à estagiária dados privilegiados para adequar a sua intervenção a cada cliente em particular.

Ainda dentro do contexto da relação com outros profissionais, a estagiária teve o privilégio de estar presente e colaborar numa reunião para planeamento de algumas atividades da CERCIOEIRAS.

Relativamente ao relacionamento da estagiária com as famílias dos diversos clientes, tal não foi possível, pois cada cliente tem já um responsável de caso que realiza o contacto necessário com a família.

3. Contextos de Intervenção

As atividades de estágio decorreram, tal como já referido, em ginásio, no meio aquático, na sala Snoezelen e ao nível da Dança Inclusiva. Seguidamente apresentamos a Tabela 2, na qual são sintetizados dados relativos a cada contexto. Para complemento destes dados, juntamos no Anexo 2 fotografias dos vários contextos.

Tabela 2: Síntese dos contextos de intervenção

	Ginásio	Meio Aquático	Snoezelen	Dança
Alguns Materiais	Colchões, arcos, argolas, bolas, pinos, bastões, bancos sueco, remo, passadeira, bicicleta	Pranchas, rolos, bolas, argolas, arcos, colchões	Bola de espelhos, colchão de água, tapete galáctico, colunas de água, discos temáticos	Panos, Colchões, Mantas, Cordas
Tipo de sessão	Grupo individualizada	Grupo (5 a 7 elementos)	Individual	Grupo
Duração Aproximada	1 a 2 horas	45 minutos a 1 hora	30/45 minutos	1 hora a 1 hora e 30 minutos
Organização geral da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Aquecimento (depende da sessão) - Fase fundamental (realização de máquinas, percursos ou outros jogos) - Retorno à calma (atividade de relaxação) 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades iniciais (atividades em roda ou a andar pela piscina) - Deslocamentos - Trabalho individualizado - Atividades finais (relaxação ou exploração livre) 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação da sessão (Descalçar os sapatos) - Exploração livre do espaço, massagens e interação terapeuta-cliente - Final da sessão (desligar equipamentos e calçar sapatos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquecimento - Fase fundamental (ensaio de coreografia específica ou exercícios de consciencialização corporal ou espacial, de expressão corporal, etc.) - Retorno à calma (atividade de relaxação)

Atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de percursos - Máquinas - Exercícios de Desporto adaptado - Atividades de relaxação 	<ul style="list-style-type: none"> - Deslocamentos na piscina - Jogos de adaptação ao meio aquático - Atividades de relaxação 	<ul style="list-style-type: none"> - Massagens - Exploração livre - Estabelecimento de Relação terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de deslocação no espaço - Coreografias - Exercícios de expressão corporal - Atividades de relaxação
	Ginásio	Meio Aquático	Snoezelen	Dança

4. Calendarização das Atividades e Horário de Estágio

Neste ponto será apresentado o cronograma dos procedimentos práticos e teóricos tomados, bem como o horário cumprido e a calendarização das sessões de psicomotricidade do ano letivo 2012/2013, a partir do momento em que se deu início às atividades de estágio.

4.1. Horário de Estágio

O horário de estágio, que se pode observar na Tabela 3, foi estabelecido de acordo com o número de horas previsto pelo Regulamento da Unidade Curricular de RACP e em conjunto com os Técnicos de Reabilitação Psicomotora do CAO da CERCIOEIRAS. Procurou-se criar um horário que proporcionasse o contacto com clientes de vários diagnósticos e graus de dificuldade e a intervenção em vários contextos.

Assim, constam no horário 21 horas nos locais de estágio, não sendo contabilizadas deslocações. O horário distribui-se entre 2ª e 6ª feira, tendo uma distribuição variável, consoante os dias, entre as 9h00 e as 17h00.

Tabela 3: Horário de estágio no CAO da CERCIOEIRAS

2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA
9h30-12h00 Hidroterapia EEE	9h30-12h00 Ginásio Grupo 3	9h30-12h00 Hidroterapia	9h30-11h00 Snoezelen 11h00-13h00 Dança Inclusiva Korpus	9h30-12h00 Hidroterapia EEE
12h00 – 13h00 Apoio Almoços	12h00 – 13h00 Apoio Almoços	12h00 – 13h00 Apoio Almoços		12h00 – 13h00 Apoio Almoços
14h00 – 15h30 Ginásio		14h00-16h00 Ginásio 16h00-17h00 Ginásio		

4.2. Calendarização das Sessões

A calendarização da intervenção da estagiária na CERCIOEIRAS é apresentada na Tabela 4, existindo a indicação do primeiro e último dia de intervenção e das interrupções letivas.

Tabela 4: Calendarização da intervenção

INÍCIO	Interrupção Natal	Interrupção Páscoa	FIM
22 out/12	24 dez/12 a 4 jan/13	25 mar/13 a 31 mar/13	24 mai/13

5. Processo de Intervenção

Nos subpontos seguintes será abordada a intervenção psicomotora na CERCIOEIRAS realizada com os casos descritos, sendo apresentado o planeamento da intervenção e a avaliação realizada (instrumentos utilizados, condições de avaliação, resultados obtidos).

5.1. Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção é apresentado na Tabela 5.

Tabela 5: Cronograma das atividades de estágio na CERCIOEIRAS

	2011			2012								
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Integração na equipa												
Avaliação inicial												
Intervenção Psicomotora												
Avaliação final												
Preparação de uma atividade												
Análise dos resultados												
Redação do relatório												

Durante a fase de integração na equipa a estagiária teve oportunidade de observar todas as atividades realizadas na instituição e após isso realizar, em conjunto com os seus orientadores locais, o seu horário definitivo, escolhendo os grupos com os quais iria intervir e quais aqueles que iriam ser os seu estudos de caso ou grupo.

Durante todo o tempo de estágio a estagiária teve oportunidade de intervir em todos os grupos em que esteve, de entre os quais escolheu três mais um estudo de caso para apresentar: o grupo da piscina, o grupo da dança, o grupo do ginásio e o estudo de caso do Snoezelen. Durante esta fase a estagiária teve também oportunidade de participar em diversas atividades da instituição e ajudar na organização de algumas delas, sendo que organizou uma atividade mais autonomamente, para marcar o final do estágio no final do mês de maio. Teve também oportunidade de estar integrada na equipa dos almoços, estando todos os dias no refeitório à hora da refeição, para ajudar o grupo ou grupos que mais necessitassem.

Durante todo o estágio a estagiária teve muito contacto com os seus orientadores locais, não necessitando de marcar reuniões pois todos os assuntos eram debatidos de uma forma informal.

No final do estágio, como já foi referido, realizou uma atividade para marcar o final da parte prática do estágio e apenas numa fase posterior realizou a análise dos dados das diversas avaliações, realizando uma comparação entre eles.

De seguida será abordada a avaliação realizada, quanto aos instrumentos utilizados, condições em que ocorreu e resultados obtidos.

5.2. Procedimentos de Avaliação

A avaliação em psicomotricidade torna-se essencial para que se crie um Plano de Intervenção com objetivos específicos a desenvolver com cada cliente no processo de intervenção futuro, bem como para mais tarde se verificar se ocorreram evoluções. Os instrumentos de avaliação utilizados variaram de acordo com o grupo e local de intervenção. Assim sendo, no Snoezelen foi utilizada a grelha da instituição para este espaço assim como na Piscina. No Ginásio foram realizadas a Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa (ECAP) e a Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT). Quanto ao grupo da dança foi utilizada também a LOFOPT e a Protocolo de Registo e Avaliação de Competências (PRAC).

5.2.1. Grelha de Observação – Snoezelen

A Grelha de Observação de Snoezelen utilizada na instituição contém um pequeno cabeçalho onde é identificado o cliente que se avalia, a data da avaliação, o nome do técnico responsável pela avaliação e a data de reavaliação.

A Grelha é então composta pelo conjunto de materiais existentes na sala e a avaliação faz-se de acordo com a reação ao estímulo (se reage ou não ou se é não aplicável) e de acordo com o gosto ou não do estímulo. Esta Grelha tem ainda a indicação da duração média das sessões, um tópico sobre a aceitação da atividade, iniciativa e interesses (onde se deve referir a entrada na sala, a adesão ao espaço, se seleciona o equipamento, quais as suas preferências, se solicita ajuda e se reconhece a sala), um ponto sobre o comportamento e a comunicação (onde se deve referir se o cliente apresenta alguma alteração de humor e qual, se interage com o técnico ou outros elementos do grupo e como expressa as suas emoções e necessidades) e, por fim, um ponto sobre observações e sugestões de continuidade de apoio no Snoezelen.

Juntamos no Anexo 3 um exemplo desta grelha.

5.2.2. Grelha de Observação - Piscina

A Grelha de Observação da piscina é utilizada para a natação pura, a natação adaptada e a hidroterapia. Contém um pequeno cabeçalho onde é identificado o cliente e o responsável pela avaliação.

A avaliação é realizada segundo uma escala qualitativa do desempenho do cliente em como realiza ou não a tarefa. Algumas das tarefas podem ser denominadas de não aplicável por não constarem nos objetivos de intervenção do cliente ou por ainda não ter sido possibilitada a sua realização. As tarefas que são identificadas como realizadas pelo cliente, podem ainda ter informação complementar como por exemplo se realiza com apoio físico ou verbal.

A Grelha avalia o cliente em 13 tipos de competências (apresentação pessoal, assiduidade/pontualidade, higiene, atenção, competências sociais, entra na água, imersão, respiração, equilíbrio, deslocamento, saída da água, familiarização/motivação e interação social e exploração de materiais) que são discriminadas em tarefas específicas (num total de +/-125 tarefas) (Anexo 4).

5.2.3. ECAP – Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa

A versão Portuguesa da Escala de Comportamento Adaptativo (ECAP) tem como principal objetivo avaliar os comportamentos individuais adotados na vida diária e a qualidade desses mesmos comportamentos na interação com o envolvimento, de indivíduos com ou sem diagnóstico de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID) entre os 6 e os 60 anos (Santos & Morato, 2008).

Assim, além da avaliação da capacidade de adaptação dos indivíduos com DID ao contexto ecológico onde se inserem, a ECAP permite identificar áreas fortes e fracas com vista à elaboração de planos habilitativos, que objetivam uma participação total plena do indivíduo na comunidade (Santos & Morato, 2004).

A escala é constituída por uma vasta gama de domínios do comportamento humano, dentro dos quais se insere um amplo conjunto de afirmações, que pretende retratar o alargado leque de exigências contextuais a que o indivíduo é exposto no seu dia-a-dia, visando a perceção da capacidade do indivíduo lidar com diferentes situações, a vários níveis (Santos & Morato, 2004).

Da primeira parte, Competências de Independência Pessoal fazem parte os seguintes domínios: Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização (Santos & Morato, 2004).

Na segunda parte, Comportamentos Desviantes, estão incluídos os domínios: Comportamento Social, Conformidade, Merecedor de Confiança, Comportamento,

Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Auto Abusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal Perturbado (Santos & Morato, 2004).

A aplicação da ECAP deverá ser realizada, preferencialmente, através de observação direta, ou por entrevista a um terceiro, próximo do avaliado e capaz de obter informação pertinente sobre o mesmo. O avaliador deve ser um profissional devidamente treinado e qualificado na administração do instrumento, com adequada compreensão das suas propriedades, procedimentos de aplicação, interpretação, classificação e avaliação e possuir conhecimentos aprofundados relativamente ao comportamento adaptativo (Santos & Morato, 2004).

5.2.4. LOFOPT – Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy

A Escala de Observação de Louvain para Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT) foi criada sob a premissa de que o método de observação só deve dar informações sobre os aspetos que estão diretamente relacionados com os objetivos. Era necessário um instrumento que fornecesse dados sobre perturbações na personalidade em situações de movimento que poderiam ser corrigidas com terapia (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

Esta escala é composta por 9 categorias: Relações Emocionais, Autoconfiança, Tipo de Atividade, Relaxação, Controlo de Movimento, Capacidade de Atenção, Expressão Corporal, Comunicação Verbal e Regras Sociais. A classificação destas categorias é feita através de uma escala que varia do -3 até ao +3 sendo que estes valores indicam um comportamento excessivamente perturbado tanto para o negativo como para o positivo (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

Na categoria das Relações Emocionais é avaliado se o cliente é capaz de realizar contatos emocionais com um certo grau de conexão emocional com os outros clientes ou mesmo com o terapeuta. Na categoria da Autoconfiança é avaliado se o cliente consegue ser independente dos outros e não se menosprezar a si próprio. Na categoria do Tipo de Atividade é avaliado se o cliente participa ativamente, ou não, nas diversas atividades. Na categoria da Relaxação é avaliado se o cliente é capaz de realizar as atividades propostas sem tensão muscular desnecessária ou mesmo nervosismo. Na categoria do Controlo de Movimento é avaliado se o cliente é capaz de se movimentar calmamente e controlar o seu próprio corpo. Na categoria da Capacidade de Atenção é avaliado a capacidade do cliente realizar uma tarefa, de forma equilibrada, sem se distrair. Na categoria da Expressão Corporal é avaliado se o cliente utiliza a expressão corporal e facial nos seus movimentos e para se exprimir. Na categoria da Comunicação Verbal é avaliado se o cliente consegue realizar comunicação verbal com os colegas ou o terapeuta, se é adaptado à situação, se tem o tom de voz correto e se realiza conversas com contacto ocular. Na categoria das Regras Sociais é avaliado se o cliente consegue respeitar as regras de comportamento ou regras do jogo ou mesmo de respeitar um determinado acordo (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

5.2.5. PRAC - Protocolo de Registo e Avaliação de Competências

O Protocolo de Registo e Avaliação de Competências – PRAC é o instrumento utilizado no Centro de Reabilitação de Ponte de Lima para registar e avaliar as competências desenvolvidas através da aplicação do programa de Transição para a Vida Ativa (PTVAc) e Programa de Transição para a Vida Autónoma (PTVA). Trata-se de uma ferramenta de trabalho criada para registar um amplo conjunto de comportamentos e competências direta ou indiretamente observáveis em diferentes contextos e situações (Cunha, 2010).

O PRAC está estruturado, segundo três grandes áreas: Autonomia Pessoal; Autonomia Social e Autonomia de Realização das quais constam um conjunto de domínios

definidos por vários indicadores específicos, que possibilitam a avaliação do mesmo mediante uma escala de apoios permitindo uma visão qualitativa da pessoa e uma análise quantitativa das diferentes áreas, o que por sua vez permite a criação de um plano de intervenção individualizado (Cunha, 2010).

Além de ajudar na criação e delineamento do plano de intervenção individualizado espera-se que este instrumento possibilite traçar o perfil de autonomia de cada cliente (Cunha, 2010).

A área de Autonomia Pessoal engloba um conjunto de competências que são necessárias para a independência da pessoa em termos de cuidados de higiene, cuidados com o vestuário e calçado, alimentação, cuidados com a saúde; deslocação, resolução de problemas, competências para a mobilidade, motricidade fina, competências sensório-perceptivas, percepção corporal e atividades domésticas (Cunha, 2010).

Já a área de Autonomia Social aborda a relação do sujeito com os outros e a sua participação na vida em sociedade. É então composta pelos seguintes domínios: modo de comunicação, funções comunicativas, eficácia da comunicação e discurso coloquial, a assertividade, relacionamento interpessoal, gestão económica, utilização dos recursos da comunidade, cidadania – identificação pessoal, cidadania – utilização dos serviços da comunidade, cidadania – organização política e económica, cidadania – ambiente e saúde e educação da afetividade e sexualidade (Cunha, 2010).

Por fim, a área de Autonomia de Realização engloba competências como a persistência/empenhamento, responsabilidade, tomada de iniciativa, atenção e concentração, cuidado com os espaços utilizados, deslocação, gestão do tempo, leitura e descodificação de símbolos, tarefas escritas, matemática para a vida, empregabilidade e tecnologias da informação e comunicação (Cunha, 2010).

5.2.5. Condições de Avaliação

As condições de avaliação diferiram de acordo com o grupo e o meio de intervenção sendo que apenas no grupo da dança foi realizada uma avaliação mais formal com a colaboração da colega de estágio de 1º ciclo.

No grupo da natação foi realizada a avaliação apenas pela observação durante as sessões sendo que a Check List foi posteriormente preenchida pela estagiária.

No grupo do ginásio a avaliação da LOFOPT foi feita por observação e relação com os diversos clientes do grupo e posterior preenchimento da escala pela estagiária. Neste grupo houve ainda uma avaliação mais formal no que toca ao peso dos clientes e aos seus resultados nas diversas máquinas. Houve ainda a utilização da ECAP dos diversos clientes para o melhor conhecimento das suas características pela estagiária.

Já no grupo da dança foi realizado, como já referido, uma avaliação mais formal com a aplicação dos diversos itens da PRAC com a colaboração da colega estagiária de 1º ciclo. Foram utilizadas 2 sessões para a avaliação inicial e 2 sessões para a avaliação final.

Por fim, no Snoezelen foi realizada uma pequena avaliação inicial através da Check List da instituição, para a estagiária perceber quais os materiais que o cliente escolhido para o estudo de caso mais gostava e utilizava. Durante as sessões foi ainda efectuada avaliação informal do decorrer da sessão do dia, possibilitando assim conclusões sobre os diversos gostos do cliente no Snoezelen e sobre as diversas técnicas de aproximação que a estagiária foi utilizando.

5.3. Resultados da Avaliação Inicial

Neste ponto serão apresentados os resultados da avaliação inicial de cada grupo e cliente.

Snoezelen – JP

No Snoezelen, como referido, foi utilizada a grelha da instituição

Tabela 6: Check List Snoezelen J.P Inicial

MATERIAL/EQUIPAMENTO DE SNOEZELLEN	REAGE AO ESTÍMULO			GOSTA DO ESTÍMULO		
	NÃO	SIM	N/A	NÃO	SIM	N/A
Sofá de estrutura rígida	X					X
Colchão de água	X					X
Almofada vibratória			X			X
Tapete sensorial		X			X	
Puff	X					X
Tubo de água (bolhas) colorido	X					X
Tubo de água (bolas) com swithc para mudança de cores	X					X
Música		X			X	
Bola espelhada	X					X
Painel de desenho giratório		X			X	
Fibras ópticas	X					X
Painel de essências	X					X
Painel luminoso giratório	X					X

Legenda: N/A – Não Aplicável

O cliente gosta de ir à sala de Snoezelen, conhecendo o momento inicial de retirar os sapatos sentando-se no sofá para tal, com indicação da estagiária. O cliente explora uma parte da sala mantendo uma posição dominadora sobre a sala não deixando a estagiária deslocar-se pela sala nem aproximar-se dele. O cliente segura na estagiária e coloca-a onde ele quer que ela esteja durante a sessão não a deixando sair desse mesmo espaço durante toda a sessão.

Apesar de manter uma posição dominadora o cliente não explora a sala e os seus materiais.

O cliente apenas sai da sala de Snoezelen se a estagiária desligar todos os materiais da sala, ligar a luz e abrir a porta.

Piscina

Na Piscina, como referido, foi utilizada a grelha da instituição. A Avaliação da cliente M.C. não foi realizada visto a cliente necessitar de total apoio para a realização das tarefas e o objetivo desta atividade ser só a diminuição do tónus e a melhoria da qualidade de vida da cliente.

Tabela 7: Check List Natação Grupo Piscina Inicial

		E.L.	E.S.	H.Ag.	H.AI.	J.C	J.M.A.	M.F.	T.R.	TOTAL
Apresentação Pessoal	-1	1	0	0	0	0	1	1	1	4
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,5	1	0	0	0	0	1	1	1	4
	1	0	2	2	2	2	0	0	0	8
		E.L.	E.S.	H.Ag.	H.AI.	J.C	J.M.A.	M.F.	T.R.	TOTAL
Assiduidade/Pontualidade	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	2	1	1	1	1	2	1	1	10

	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	1	1	1	1	0	1	1	6
Higiene	-1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,5	1	0	0	0	0	1	0	0	2
	1	0	1	1	1	1	0	0	1	5
Atenção	-1	0	1	1	0	1	2	1	2	8
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	2	1	1	2	1	0	1	0	8
Competências Sociais	-1	2	0	1	0	1	1	5	5	15
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,5	1	0	0	0	0	2	0	0	3
	1	2	5	4	5	4	2	0	0	22
Entrada na água	-1	4	0	4	0	4	3	1	4	20
	0	2	4	2	6	2	2	2	2	22
	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	2	4	2	2	2	3	5	2	22
Imersão	-1	0	3	5	0	0	11	9	6	34
	0	14	0	0	0	0	0	0	0	14
	0,5	0	2	0	3	0	0	0	0	5
	1	0	9	9	11	14	3	5	8	59
Respiração	-1	0	3	3	3	3	6	9	4	31
	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5
	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	6	8	8	8	8	5	2	7	52
Equilíbrio	-1	3	8	7	7	9	17	8	9	68
	0	6	0	4	6	6	0	2	0	24
	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	12	13	10	8	6	4	15	12	80
Deslocamento	-1	0	0	5	5	13	12	10	2	47
	0	6	0	0	0	2	0	0	0	8
	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	10	16	11	11	1	4	6	14	73
Saída da água	-1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	0	3	3	3	3	3	3	1	3	22
	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	2	1	9
Familiarização/ motivação	-1	2	0	2	0	1	6	3	7	21
	0	4	4	4	4	4	3	4	2	29
	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	4	6	4	6	5	1	3	1	30
Interação Social e Exploração de Materiais	-1	1	0	2	0	0	2	1	4	10
	0	12	12	11	12	11	12	11	11	92
	0,5	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	1	4	5	4	5	6	2	5	2	33
		E.L.	E.S.	H.Ag.	H.Al.	J.C	J.M.A.	M.F.	T.R.	TOTAL

Legenda: -1 – não realiza, 0 – Não aplicável, 0,5 – realiza com ajuda física ou verbal, 1 – realiza

Da análise da Tabela 7 constata-se existirem muitas diferenças nas capacidades dos diversos clientes. É também devido a essas diferenças de capacidades que o grupo

está sub dividido em grupos mais pequenos, para haver um melhor acompanhamento de cada cliente e uma melhor adequação da intervenção às suas características pessoais.

Constata-se igualmente que alguns tópicos têm muitos itens cotados como não aplicáveis. Isso acontece pois a Check List utilizada é uma Check List utilizada para todas as valências da CERCI. Um exemplo disso é o tópico da assiduidade/pontualidade onde a maioria dos itens estão cotados como não aplicáveis, pois são os técnicos ou auxiliares que vão buscar os clientes às salas, retirando assim a responsabilidade da pontualidade aos clientes. Outros exemplos encontram-se nos tópicos de Entrada e Saída da água, na Familiarização/motivação e nas interações sociais e Exploração de materiais, onde também existem um grande número de itens cotados como não aplicáveis, devido ao fato de serem apresentados itens mais vocacionados para a intervenção precoce, por exemplo, que não fazem sentido para a intervenção com a população adulta com DID. No tópico da imersão, o resultado dos itens cotados como não aplicáveis, deve-se à cliente E.L. que é cega e sofre de epilepsia, sendo que a imersão não é um objetivo da sua intervenção no meio aquático.

Para uma análise mais pormenorizada dos resultados de cada cliente poderá ser consultado o Anexo 5.

O grupo mostra-se sempre motivado para ir à piscina, exceto o cliente J.C. que, por vezes, demonstra algum receio. No geral, o grupo conhece a organização básica das sessões e as regras de segurança das mesmas.

Ginásio

No contexto do ginásio, na avaliação inicial, foi utilizada a LOFOPT. Foi possível a estagiária observar algumas das ECAS dos clientes do grupo de modo a conhece-los melhor. Realizou-se ainda a pesagem dos clientes na procura de dados para a perceção da qualidade de vida dos mesmos.

Tabela 8: LOFOPT inicial grupo Ginásio

	RE	AC	TA	R	CM	CA	EC	CV	RS
A.F.	-1	2	-2	0	0	0	0	0	0
D.L.	0	0	0	0	0	-1	0	1	-1
G.A.	1	0	0	0	0	-1	3	-3	0
I.K.	0	0	-1	0	0	-1	0	0	-1
L.S.	1	0	0	0	0	0	0	0	0
N.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N.M.	1	1	0	1	0	0	1	1	0
V.B.	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Legenda: RE=Relações Emocionais; AC=Autoconfiança; TA=Tipo de Atividade, R=Relaxação; CM=Controlo de Movimento; CA= Capacidade de Atenção; EC=Expressão Corporal; CV=Comunicação Verbal; RS=Regras Sociais

A LOFOPT permite perceber que o grupo, em geral, tem um comportamento adaptado apesar de ser possível realçar alguns desvios comportamentais em alguns dos clientes. Nos resultados do cliente G.A. é possível constatar-se dois itens cotados com 3 e -3 que se deve ao facto do cliente ser surdo-mudo e utilizar demasiadas expressões faciais e não conseguir comunicar verbalmente. É possível ainda observar nos resultados da cliente A.F. um 2 e um -2, que se devem à excessiva autoconfiança desta e à falta de motivação da cliente para a atividade física respetivamente.

Tabela 9: Peso inicial grupo Ginásio

	A.F.	D.L.	G.A.	I.K.	L.S.	N.C.	N.M.	V.B.
Peso	126,7	67,5	53,5	56,5	76,8	69,5	90	77,5

Legenda: Peso em Kg

O peso dos clientes foi medido, pois um dos principais objetivos deste ginásio é a melhoria da qualidade de vida. Através destes resultados na pesagem é possível perceber que a cliente A.F. sofre de obesidade. Esta cliente apresenta também pouca motivação para a prática da atividade física regular.

O grupo, em geral, encontra-se motivado e gosta de participar na atividade. Todos conhecem e respeitam a organização das sessões bem como as regras necessárias para o bom funcionamento destas. Um dos clientes tem que ser acompanhado da sua sala de referência pela estagiária devido aos seus comportamentos, sendo que todos os outros se deslocam até ao ginásio sozinhos.

Dança

No grupo da Dança, como referido, foi aplicada a LOFOPT e a PRAC. Os resultados das avaliações do cliente N.C. não serão apresentadas devido a não ter sido possível realizar a avaliação final.

Tabela 10: LOFOPT inicial grupo Dança

	RE	AC	TA	R	CM	CA	EC	CV	RS
A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D.L.	0	0	0	0	0	-1	0	1	-1
G.P.	0	0	0	0	0	-1	0	0	0
I.K.	0	0	-1	0	0	-1	0	0	-1
L.S.	1	0	0	0	0	0	0	0	0
V.G.	-1	0	-1	0	0	0	0	0	0

Legenda: RE=Relações Emocionais; AC=Autoconfiança; TA=Tipo de Atividade, R=Relaxação; CM=Controlo de Movimento; CA= Capacidade de Atenção; EC=Expressão Corporal; CV=Comunicação Verbal; RS=Regras Sociais

Pela LOFOPT constata-se que a categoria onde há mais dificuldades no grupo é na capacidade de atenção, seguida pelo tipo de atividade e as regras sociais. É ainda possível de perceber que as clientes que apresentam mais dificuldades são a D.L. e a I.K.

Tabela 11: PRAC inicial grupo Dança

	Autonomia Pessoal	Autonomia Social	Autonomia de Realização	Total
A.A.	p 22/140	59/152	64/132	145/424
	% 16	39	48	34
D.L.	p 7/140	59/152	47/132	113/424
	% 5	39	36	27
G.P.	p 14/140	38/152	42/132	94/424
	% 10	25	32	22
	Autonomia Pessoal	Autonomia Social	Autonomia de Realização	Total
I.K.	p 3/140	16/152	13/132	32/424

	%	2	11	10	8
L.S.	p	14/140	26/152	38/132	78/424
	%	10	17	28	18
V.G.	p	8/140	32/152	50/132	90/424
	%	6	21	38	21

Legenda: p= pontuação bruta; %=percentagem

Os resultados da PRAC do grupo da dança permitem perceber que todos os clientes do grupo são autónomos, sendo que a cliente I.K. é aquela que apresenta menor necessidade de apoio na totalidade da escala e a cliente A.A. aquela que apresenta maior necessidade de apoio. Permitem ainda perceber que as áreas da Autonomia Social e da Autonomia de Realização são, em média, aquelas onde o grupo apresenta uma maior necessidade de apoio. Para uma análise mais pormenorizada dos resultados de cada cliente pode ser consultado Anexo 6.

Todos os clientes gostam de participar na atividade e encontram-se motivados para a realização dos exercícios propostos. As técnicas vão buscar os clientes às suas salas e acompanham o grupo até à sala onde se vai realizar a sessão. Todos conhecem e respeitam a organização das sessões e as regras estabelecidas para o seu bom funcionamento.

5.4. Objetivos de Intervenção

A avaliação inicial deu origem à criação de Objetivos de Intervenção individuais e de grupo.

Na Tabela 12 são apresentados os objetivos da intervenção estabelecidos para cada grupo e cliente. Na Tabela 13 é apresentado um resumo de algumas estratégias de intervenção utilizadas quer nos grupos quer individualmente.

Tabela 12: Objetivos de intervenção

MEIO	OBJETIVOS
SNOEZELEN	<p>Criação de uma relação terapêutica.</p> <p>Criar momentos de estimulação geral e focada.</p> <p>Redução de níveis de estereotipia em ambiente controlado (dentro da sala de Snoezelen).</p> <p>Aumentar o leque de objetos da sala explorados pelo cliente durante a sessão.</p> <p>Manter a rotina específica da sala.</p>
PISCINA	<p>[Todos] Trabalhar aspetos da adaptação ao meio aquático.</p> <p>[Todos exceto M.F.] Trabalhar aspetos da aprendizagem do nado (batimento de pernas).</p> <p>[E.L.] Manter as capacidades de equilíbrio dentro de água na posição bípede.</p> <p>[E.L.] Manter as capacidades de deslocamento na água com a utilização de material flutuante.</p> <p>[E.S.] Trabalhar as capacidades de deslocamento na água com a utilização de material flutuante.</p> <p>[E.S.] Focar a atenção na tarefa não referindo aspetos e atividades de outros dias da semana.</p> <p>[H.Ag.] Trabalhar a capacidade de atenção na tarefa.</p> <p>[H.Ag.] Melhorar a entrada na água, passando a entrar sozinha pelas escadas.</p> <p>[H.Ag. e J.M.A.] Diminuir os níveis de insegurança dentro de água.</p> <p>[J.M.A., H.AI. e E.S.] Trabalhar aspetos da imersão.</p> <p>[J.C., H.AI, E.S.] Trabalhar aspetos da flutuação.</p> <p>[M.F.] Diminuir níveis de estereotipia em ambiente controlado (piscina) e no resto do dia.</p> <p>[M.F. e T.R.] Criação de uma relação terapêutica.</p>

GINÁSIO	<p>[Todos] Trabalhar aspetos da interação social e o respeito de regras.</p> <p>[Todos menos G.A.] Reduzir o peso.</p> <p>[Todos] Melhorar a capacidade cardiorrespiratória.</p> <p>[Todos] Melhorar a motricidade global.</p> <p>[Todos] Melhorar tempos realizados no remo.</p> <p>[A.F.] Fomentar o gosto pela atividade física.</p> <p>[A.F., D.L., I.K. e L.S.] Melhorar tempos e velocidades na passada.</p> <p>[I.K.] Trabalhar aspetos de respeito de regras e obedecer a ordens simples.</p>
DANÇA	<p>[Todos] Trabalhar aspetos da interação social e o respeito de regras.</p> <p>[Todos] Trabalhar aspetos rítmicos.</p> <p>[Todos] Melhorar a motricidade global.</p> <p>[Todos] Trabalhar a noção corporal.</p> <p>[Todos] Trabalhar a capacidade de atenção e memorização.</p> <p>[A.A.] Manter as capacidades de autonomia.</p> <p>[I.K.] Trabalhar aspetos de respeito de regras e obedecer a ordens simples.</p> <p>[V.G.] Criação de uma relação terapêutica permitindo um à vontade da cliente.</p>
MEIO	OBJETIVOS

Tabela 13: Estratégias de Intervenção

MEIO	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
SNOEZELEN	<p>Movimentar pela sala fazendo com que o cliente tivesse de partilhar o espaço com a estagiária.</p> <p>Ir chegando cada vez mais perto quando o cliente estava sentado em algum sitio.</p> <p>Sentar no mesmo nível do cliente.</p> <p>Utilizar cremes para proporcionar o contato físico através das mãos.</p> <p>Utilizar música forte mas não muito mexida.</p> <p>Utilizar o corpo para comunicar através da postura, etc..</p>
PISCINA	<p>[E.L.] Colocar material flutuante à volta do tronco da cliente e de baixo dos braços permitindo que esta mantenha a boca fora de água, possibilitando-lhe respirar.</p> <p>[E.S.] Advertir o cliente quando este começar a falar de outros assuntos e não permitir que a conversa continue.</p> <p>[E.S., H.AI. e J.C.] Utilizar as argolas para os clientes as irem buscar ao fundo da piscina.</p> <p>[E.S. e H.AI.] Utilizar a abertura das pernas para os clientes passarem por baixo.</p> <p>[H.Ag.] Conversar com a cliente para se acalmar e não gritar.</p> <p>[H.Ag.] Colocar-se no fundo das escadas, dando apoio físico à cliente para esta se sentir segura para descer pelas escadas.</p> <p>[H.Ag.] Utilizar um colete para a cliente se sentir à vontade dentro de água.</p> <p>[J.M.A.] Realizar os exercícios com a estagiária para o cliente se sentir mais seguro.</p> <p>[M.F.] Passear com o cliente ao colo pela piscina, permitindo o contato físico e a diminuição das estereotipias.</p> <p>[T.R.] Imitação de alguns movimentos para criar uma relação terapêutica.</p>
GINÁSIO	<p>[Todos] Jogar à "apanhada" fazendo com que todos corram algum tempo.</p> <p>[Todos] Acompanhar nas máquinas com reforços positivos, incentivando a procura de resultados melhores.</p> <p>[Todos] Utilizar jogos de equipa para trabalhar aspetos sociais e regras de jogos.</p> <p>[A.F.] Criar uma rotina na passada e acordar com a cliente o aumento da dificuldade ou tempo regularmente.</p>
DANÇA	<p>[V.G.] Criar uma relação com a cliente fora da atividade permitindo uma melhor compreensão da cliente e das suas dificuldades nas relações pessoais.</p>

Após a avaliação inicial procedeu-se ao planeamento e dinamização de sessões segundo os objetivos estabelecidos. No Snoezelen não foram redigidos planeamentos rígidos, tendo sido previstas algumas situações tipo de relacionamento e interação, o que posteriormente balizou a relação nas sessões. Foram elaborados relatórios de sessão espontâneos, para análise do processo de intervenção (um exemplar pode ser consultado no Anexo 7). Para a piscina também não foram realizados planeamentos pois a estagiária apenas acompanhava o professor de educação física na sessão. Para o Ginásio foram realizados planeamentos pela estagiária, visto estar sozinha com o grupo (Um exemplar pode ser consultado no Anexo 8). Por fim, na Dança os planeamentos foram realizados pela colega de 1º ciclo, sendo que a estagiária ajudava na implementação dos exercícios durante as sessões. Após, procedeu-se à avaliação final, cujos resultados serão apresentados de seguida.

5.5. Resultados da Avaliação Final

Neste ponto serão esclarecidos os resultados da avaliação final, em comparação com a avaliação inicial.

Snoezelen – JP

Tabela 14: CheckList Snoezelen J.P Comparação

MATERIAL/EQUIPAMENTO DE SNOEZELLEN	REAGE AO ESTÍMULO						GOSTA DO ESTÍMULO					
	NÃO		SIM		N/A		NÃO		SIM		N/A	
	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Sofá de estrutura rígida	X		X						X		X	
Colchão de água	X		X						X		X	
Almofada vibratória					X	X					X	X
Tapete sensorial			X	X					X	X		
Puff	X		X						X		X	
Tubo de água (bolhas) colorido	X		X						X		X	
Tubo de água (bolas) com swith para mudança de cores	X		X						X		X	
Música			X	X					X	X		
Bola espelhada	X	X									X	X
Painel de desenho giratório			X	X					X	X		
Fibras óticas	X		X				X				X	
Painel de essências	X				X						X	X
Painel luminoso giratório	X		X						X		X	

Legenda: I – avaliação inicial, F – avaliação final, N/A – Não Aplicável

Através da análise da Tabela 14 é possível constatar uma grande diferença na quantidade de material e estímulos explorados pelo J.P no início das sessões e no final das sessões. Esta grande diferença deve-se à relação que foi criada entre o cliente e a estagiária, de cumplicidade e aceitação mútua, o que permitiu que o cliente explorasse mais a sala e a relação com a estagiária.

No final das sessões a relação com o cliente já era estabelecida de uma forma muito suave e fácil, conseguindo a estagiária o contato físico com o cliente através das mãos e um contato visual direto.

O cliente continuou a conhecer o ritual de entrada e saída da sala. Muitas vezes o cliente reconhecia o final da sessão sem a estagiária ter de desligar todos os materiais da sala e ligar as luzes.

Piscina

Tabela 15: Check List Natação Grupo Piscina Comparação

		E.L.			E.S.			H.Ag.			H.AI.			J.C			J.M.A.			M.F.			T.R.			TOTAL		
		I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c
Apresentação Pessoal	-1	1	1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=	1	1	=	1	1	=	4	4	=
	0	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	0,5	1	1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=	1	1	=	1	1	=	4	4	=
	1	0	0	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	8	8	=
Assiduidade/ Pontualidade	-1	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	0	2	2	=	1	1	=	1	1	=	1	1	=	1	2	=	2	1	=	1	1	=	1	1	=	10	10	=
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	1	0	0	=	1	1	=	1	1	=	1	1	=	1	0	=	0	1	=	1	1	=	1	1	=	6	6	=
Higiene	-1	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=
	0	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	0,5	1	1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=	0	0	=	0	0	=	2	2	=
	1	0	0	=	1	1	=	1	1	=	1	1	=	1	0	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=	5	5	=
Atenção	-1	0	0	=	1	0	-	1	0	-	0	0	=	1	1	=	2	1	-	1	1	=	2	2	=	8	5	-
	0	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	1	+	0	0	=	0	0	=	0	1	+	0	0	=	0	0	=	0	2	+
	1	2	2	=	1	2	+	1	1	=	2	2	=	1	1	=	0	0	=	1	1	=	0	0	=	8	9	+
Competências Sociais	-1	2	2	=	0	0	=	1	1	=	0	0	=	1	0	-	1	1	=	5	5	=	5	5	=	16	14	-
	0	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	0,5	1	1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	2	1	-	0	0	=	0	0	=	3	2	-
	1	2	2	=	5	5	=	4	4	=	5	5	=	4	5	+	2	3	+	0	0	=	0	0	=	22	24	+
Entrada na água	-1	4	4	=	0	0	=	4	3	-	0	0	=	4	4	=	3	3	=	1	1	=	4	4	=	20	19	-
	0	2	2	=	4	3	-	2	2	=	6	6	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	22	21	-
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	1	2	2	=	4	5	+	2	3	+	2	2	=	2	2	=	3	3	=	5	5	=	2	2	=	22	24	+
Imersão	-1	0	0	=	3	0	-	5	5	=	0	0	=	0	0	=	11	9	-	9	8	-	6	6	=	34	29	-
	0	14	14	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	14	14	=
	0,5	0	0	=	2	2	=	0	0	=	3	3	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	5	5	=
	1	0	0	=	9	12	+	9	9	=	11	11	=	14	14	=	3	5	+	5	6	+	8	8	=	59	65	+
Respiração	-1	0	0	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	5	5	=	8	8	=	4	4	=	29	29	=
	0	5	5	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	5	5	=
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	1	5	5	=	7	7	=	7	7	=	7	7	=	7	7	=	5	5	=	2	2	=	6	6	=	46	46	=
Equilíbrio	-1	3	3	=	8	7	-	7	5	-	7	3	-	9	7	-	17	16	-	8	7	-	9	9	=	68	58	-
	0	6	6	=	0	0	=	4	4	=	6	6	=	6	6	=	0	0	=	2	2	=	0	0	=	24	24	=
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	+	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	1	12	12	=	13	14	+	10	12	+	8	12	+	6	8	+	4	5	+	11	12	+	12	12	=	76	87	+
Deslocamento	-1	0	0	=	0	0	=	5	3	-	5	2	-	13	12	-	12	11	-	10	9	-	2	2	=	47	39	-
	0	6	6	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	2	2	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	8	8	=
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	1	10	10	=	16	16	=	11	13	+	11	14	+	1	2	+	4	5	+	6	7	+	14	14	=	73	81	+

		E.L.			E.S.			H.Ag.			H.AI.			J.C.			J.M.A.			M.F.			T.R.			TOTAL		
		I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c
Saída da água	-1	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=	0	0	=	1	1	=
	0	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	1	1	=	3	3	=	22	22	=
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
	1	1	1	=	1	1	=	1	1	=	1	1	=	1	1	=	1	1	=	2	2	=	1	1	=	9	9	=
Familiarização/ motivação	-1	2	2	=	0	0	=	2	1	-	0	0	=	1	1	=	6	5	=	3	2	-	7	6	-	21	17	-
	0	4	4	=	4	4	=	4	4	=	4	4	=	4	4	=	3	3	=	4	4	=	2	2	=	29	29	=
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	1	+	0	0	=	0	0	=	0	1	+
	1	4	4	=	6	6	=	4	5	+	6	6	=	5	5	=	1	1	=	3	4	+	1	2	+	30	33	+
Interação Social e Exploração de Materiais	-1	1	1	=	0	0	=	2	1	-	0	0	=	0	0	=	2	1	-	1	1	=	4	3	-	10	7	-
	0	12	12	=	12	12	=	11	11	=	12	12	=	11	11	=	12	12	=	11	11	=	11	11	=	92	92	=
	0,5	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=	0	0	=	0	0	=	1	1	=
	1	4	4	=	5	5	=	4	5	+	5	5	=	6	6	=	2	3	+	5	5	=	2	3	+	33	36	+

Legenda: I – avaliação inicial, F – avaliação final, c – comparação, = - resultado manteve-se, “-” – piorou, “+” – melhorou, -1 – não realiza, 0 – Não aplicável, 0,5 – realiza com ajuda física ou verbal, 1 - realiza

Através da análise da comparação dos resultados da avaliação inicial com os resultados da avaliação final, é possível verificar melhorias nos resultados totais do grupo nos tópicos da Atenção, Competências Sociais, Entrada na água, Imersão, Equilíbrio, Deslocamento, Familiarização/motivação, e na Interação social e Exploração de materiais. Estas melhorias estão diretamente relacionadas à melhoria individual de alguns dos clientes em tópicos específicos. É possível ainda perceber que em tópicos como a Apresentação Pessoal, a Assiduidade/pontualidade, a Respiração e a Saída da água, os resultados são iguais de um momento para o outro.

As diferenças no tópico da Atenção devem-se aos resultados do cliente E.S. que, tal como propunha o objetivo, passou a estar mais concentrado na atividade, não evocando as outras atividades e outros dias da semana durante a totalidade da sessão. Tais diferenças devem-se também aos resultados da cliente H.Ag e do cliente J.M.A., que através da intervenção mais individualizada, passaram a conseguir manter a atenção na atividade que estavam a realizar durante um período de tempo, com ajuda física ou verbal do terapeuta.

As diferenças no tópico das competências sociais devem-se aos resultados do cliente J.C., que passou a cooperar com os colegas, e do cliente J.M.A. que passou a respeitar as regras instituídas pelos responsáveis da atividade.

Já no tópico da Entrada da água as diferenças de pontuação devem-se à cliente H.Ag. que passou a entrar sozinha pelas escadas, em vez de entrar com apoio da borda da piscina, tal como era pretendido. O cliente E.S., apesar de não ter sido um objetivo traçado, passou a entrar da borda da piscina sem ajuda física.

No tópico da Imersão há uma grande diferença de pontuação muito devido ao cliente E.S. que passou a mergulhar a cara e a boca espontaneamente e a imergir espontaneamente, somando assim mais três pontos que na avaliação inicial. Neste tópico é possível verificar uma diferença também no cliente J.M.A., que passou a mergulhar a cara e a imergir com ajuda e no cliente M.F. que passou a imergir a pedido com ajuda.

No tópico do Equilíbrio apenas a cliente E.L. e o cliente M.F. não somaram mais pontuação no segundo momento de avaliação, sendo que os restantes clientes somaram mais pontuação, pois passaram a realizar o enrolamento atrás com ajuda (E.S.), a saltar na água com apoio (J.M.A.), a flutuar em decúbito dorsal com pega curta (J.C.), a flutuar em decúbito dorsal com pega média (H.AI. e J.M.A.), a flutuar em decúbito dorsal com pega longa (H.Ag.), a flutuar em decúbito dorsal com apoio de flutuadores (H.Ag., H.AI. e M.F.) e a flutuar em decúbito dorsal sem apoio (H.AI.).

Quanto ao tópico do Deslocamento a cliente H.Ag. passou a deslocar-se em decúbito dorsal em pega curta e com a ajuda de material flutuante, a cliente H.Al. passou a deslocar-se em decúbito dorsal em pega média e a deslocar-se em decúbito dorsal e ventral com o apoio de material flutuante. O cliente J.C. passou a deslocar-se em decúbito dorsal com pega curta, o cliente J.M.A. passou a deslocar-se em decúbito dorsal com pega curta e o cliente M.F. passou a deslocar-se em decúbito dorsal com pega média.

No tópico da Familiarização/motivação, a cliente H.Ag. passou a utilizar materiais em todo o espaço da piscina, o cliente M.F. passou a utilizar todo o espaço da piscina, explorando os materiais e o cliente T.R. passou a participar em algumas atividades propostas ainda que num espaço reduzido da piscina.

Por fim, no tópico da Interação social e Exploração de materiais, a cliente H.Ag. passou a não chorar quando era afastada do responsável da sessão, o cliente J.M.A. passou a aceitar a maioria das tarefas propostas e o cliente T.R. passou a expressão de satisfação quando se encontrava perto do responsável da sessão, mas apenas se este fosse do género feminino.

Assim podemos concluir que, apesar de serem pequenas, houve muitas alterações e progressões neste grupo e neste meio, o que demonstra que os clientes aprendem novas habilidades com esta atividade e se tornam mais independentes dentro de água.

Ginásio

Tabela 16: LOFOPT Grupo do Ginásio Comparação

	RE			AC			TA			R			CM			CA			EC			CV			RS		
	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c
A.F.	-1	0	+	2	2	=	-2	-1	+	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
D.L.	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	-1	-1	=	0	0	=	1	1	=	-1	-1	=
G.A.	1	1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	-1	-1	=	3	3	=	-3	-3	=	0	0	=
I.K.	0	0	=	0	0	=	-1	-1	=	0	0	=	0	0	=	-1	0	+	0	0	=	0	0	=	-1	-1	=
L.S.	1	1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
N.C.	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
N.M.	1	1	=	1	1	=	0	0	=	1	1	=	0	0	=	0	0	=	1	0	-	1	1	=	0	0	=
V.B.	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=

Legenda: RE=Relações Emocionais; AC=Autoconfiança; TA=Tipo de Atividade, R=Relaxação; CM=Controlo de Movimento; CA= Capacidade de Atenção; EC=Expressão Corporal; CV=Comunicação Verbal; RS=Regras Sociais; I=Inicial; F=Final; c=comparação

Através da análise da Tabela 16 é possível perceber não ter havido muitas diferenças no grupo. Esta falta de diferenças pode estar relacionada com o fato do grupo ser já muito autónomo, sendo que, os pequenos desvios que pode haver serão muito difíceis ou mesmo impossíveis de ser corrigidos, pois são características da personalidade de cada um. Apesar disso é possível observar uma pequena diferença na cliente A.F. que melhorou na área de Relações Emocionais, pois foi criada uma relação terapêutica muito boa e adequada, entre a estagiária e a cliente, e na área do Tipo de Atividade pois devido à boa relação terapêutica criada, a cliente passou a realizar todas as propostas de exercícios, algo que era difícil no início das sessões. Na avaliação da cliente I.K. também se verifica uma pequena diferença na Capacidade de Atenção, pois a cliente passou a conseguir estar concentrada na atividade proposta, durante um maior intervalo de tempo.

Tabela 17: Peso Grupo do Ginásio Comparação

	A.F.		D.L.		G.A.		I.K.		L.S.		N.C.		N.M.		V.B.	
	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Peso	126,7	121,8	67,5	63,7	53,5	52,4	56,5	53,4	76,8	72,5	69,5	64,8	90	86,8	77,5	79

Legenda: Peso em Kg

Através da medição do peso dos clientes foi possível perceber que estes foram perdendo peso durante o decorrer das sessões, o que era um dos objetivos da atividade. Pode-se constatar uma grande diferença no peso da cliente A.F. fato que se poderá relacionar com o ganho de motivação para a prática da atividade física Inexistente no início das sessões. Pode ainda ser verificado a perda substancial de peso dos clientes L.S. e N.C.. O resultado da pesagem do cliente V.B. no último dia pode estar um pouco desajustado por o cliente poder ter comido mais nesse dia ou outra condicionante, pois nas pesagens regulares verificava-se que o cliente se encontrava a perder peso.

De uma forma mais informal foi possível observar uma continuação do respeito das regras e normas das sessões por parte de todos os clientes e a continuação do gosto pela atividade física.

Dança

Tabela 18: LOFOPT Grupo da Dança Comparação

	RE			AC			TA			R			CM			CA			EC			CV			RS		
	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c
A.A.	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
D.L.	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	-1	-1	=	0	0	=	1	1	=	-1	-1	=
G.P.	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	-1	-1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
I.K.	0	0	=	0	0	=	-1	-1	=	0	0	=	0	0	=	-1	0	+	0	0	=	0	0	=	-1	-1	=
L.S.	1	1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
N.C.	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=
V.G.	-1	0	+	0	0	=	-1	-1	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=	0	0	=

Legenda: RE=Relações Emocionais; AC=Autoconfiança; TA=Tipo de Atividade, R=Relaxação; CM=Controlo de Movimento; CA= Capacidade de Atenção; EC=Expressão Corporal; CV=Comunicação Verbal; RS=Regras Sociais; I=Inicial; F=Final; c=Comparação

Através da análise da Tabela 18 é possível perceber não ter havido diferenças no grupo. Tal como no grupo anterior, esta situação está relacionada com o fato do grupo ser já muito autónomo e os pequenos desvios que pode haver são muito difíceis ou mesmo impossíveis de ser corrigidos, dado serem características da personalidade de cada um. Apesar disso é possível observar uma pequena diferença na cliente I.K. que já foi explicada no grupo passado, pois a cliente também está inserida nesse grupo e na cliente V.G. na área das Relações Emocionais pois foi criada uma relação terapêutica com a cliente que permitiu uma maneira de ser nova da cliente na sessão.

Tabela 19: PRAC Grupo da Dança Comparação

Autonomia Pessoal				Autonomia Social			Autonomia de Realização			Total			
		I	F	c	I	F	c	I	F	c	I	F	c
A.A.	p	22/140	20/140	-2	59/152	57/152	-2	64/132	62/132	-2	145/424	139/424	-6
	%	16	14	-2	39	38	-1	48	47	-1	34	33	-1
D.L.	p	7/140	10/140	+3	59/152	61/152	+2	47/132	47/132	=	113/424	118/424	+5
	%	5	7	+2	39	40	+1	36	36	=	27	28	+1
G.P.	p	14/140	14/140	=	38/152	40/152	+2	42/132	41/132	-1	94/424	95/424	+1
	%	10	10	=	25	26	+1	32	31	-1	22	22	=
I.K.	p	3/140	3/140	=	16/152	16/152	=	13/132	13/132	=	32/424	32/424	=
	%	2	2	=	11	11	=	10	10	=	8	8	=
L.S.	p	14/140	14/140	=	26/152	26/152	=	38/132	36/132	-2	78/424	76/424	-2
	%	10	10	=	17	17	=	28	27	-1	18	18	=
V.G.	p	8/140	8/140	=	32/152	29/152	-3	50/132	43/132	-7	90/424	80/424	-10
	%	6	6	=	21	19	-2	38	33	-5	21	19	-2

Legenda: p= pontuação bruta; %=percentagem; I=Inicial; F=Final; c=Comparação

Através da análise da Tabela 19 é possível perceber que houve evoluções, podendo ser observado uma menor necessidade de apoios na cliente A.A., na cliente L.S. e na cliente V.G.. A cliente I.K. manteve a necessidade de apoios, que já era pouca no início das sessões. Já a cliente D.L. apresenta uma maior necessidade de apoios, o que pode ser explicado pelo fato da cliente ter variações comportamentais e emocionais frequentes, podendo no dia da avaliação final encontrar-se menos recetiva e mais exaltada.

De uma forma geral não é possível observar muitas diferenças nas avaliações iniciais e finais deste grupo. Este fato deve-se ao grande nível de autonomia do grupo já no início das sessões e ao fato de que as evoluções dos indivíduos com DID ser algo muito demorado, podendo fazer com que um pequeno objetivo demore muito tempo a ser alcançado.

5.6. Reflexão final

Durante todo o tempo de estágio foi constatável e vivido na primeira pessoa, a importância da capacidade de adaptação e a multidisciplinariedade da intervenção do Técnico de Psicomotricidade neste tipo de instituição (muito devido à diversidade de atividades praticadas). Foi esta diversidade de atividades que permitiu à estagiária experienciar vários meios de intervenção, sem dúvida, fator de enriquecimento do seu estágio.

O Snoezelen foi uma atividade completamente nova, pois a estagiária nunca tinha estado nem intervindo neste meio. No final do estágio é possível dizer que foi uma experiência “apaixonante”, muito graças ao estudo de caso escolhido, pois permitiu a criação de uma relação com este, só foi possível devido ao ambiente da própria sala que facilitou a relação, permitindo mesmo uma relação com contato físico (mão dadas). Apesar de não ter havido uma avaliação muito formal, foi possível observar uma grande diferença no cliente em termos comportamentais na relação com a estagiária.

A Piscina também foi um meio novo para a estagiária. Apesar de ter um percurso anterior na natação, desde a natação para bebés até às aulas da cadeira de Intervenção em meio aquático da licenciatura, a intervenção neste meio no decurso do estágio, permitiu uma série de novas aprendizagens, muito graças à heterogeneidade das situações vividas com os diversos clientes a necessitarem de apoios diferentes e estratégias de intervenção individualizadas, de entre as quais destacaríamos a intervenção com uma cliente completamente dependente, sem controlo cervical, com alimentação por sonda, etc., algo fora do comum, que permitiu experiências de intervenção muito ricas e especiais. A estagiária gostaria de ter ido também à natação na piscina com os menos dependentes, mas tal não foi possível, devido às necessidades da instituição e ainda para permitir uma maior variedade de atividades no estágio.

Relativamente ao Ginásio apesar de ser um contexto conhecido pela estagiária, o tipo de população e as suas capacidades e limitações, foram um novo desafio visto ser um grupo mais autónomo e o objetivo da própria atividade ser diferente do que foi realizado anteriormente pela estagiária. Os resultados das pesagens foram “ótimos”, sendo que todos os clientes perderam peso durante o decurso da intervenção, tendo havido um registo contínuo, apesar de no relatório apenas estar relatado os resultados inicial e final. Fazer a cliente A.F. passar a gostar de exercício físico foi uma grande vitória nossa pois era um dos grandes objetivos para esta atividade. Esta atividade permitiu ainda o *transfer* de competências anteriores relacionadas com o desporto e a atividade física.

Por fim, mas não menos importante, a Dança proporcionou também experiências muito ricas no âmbito da preparação de espetáculos com este tipo de população e mesmo o ensaio de coreografias para estas mesmas apresentações. Foi também uma atividade onde a estagiária conseguiu potenciar os seus conhecimentos básicos de música.

A preparação do “Dia do Coração” permitiu viver as exigências de preparar uma atividade diferente para uma população “diferente”, permitindo uma aprendizagem pela prática da resolução de problemas e de assuntos relacionados com a instituição e a sua organização.

Durante todo o estágio foi possível a observação da boa relação entre a estagiária e todos os colaboradores da instituição.

Como reflexão final é possível afirmar que este estágio, nesta instituição e nestes termos, foi um processo de enriquecimento mais do que técnico, pessoal, que veio sem dúvida reforçar a certeza de vocação e aprofundar o sentido de missão que me tem acompanhado nos diversos contextos de vida. Foram meses em que se refundaram a vocação e certeza de ser mesmo com este tipo de pessoas – “as diferentes” – com quem gosto de trabalhar e com a qual me vejo a trabalhar para o resto da vida.

6. Recomendações

Após este estágio e em função das experiências significativas vividas, pensamos poder alinhar algumas recomendações segundo dois eixos diferenciados, o Académico e o Institucional.

- Académico

- Alargar o âmbito de estudos do primeiro e segundo ciclo a populações adultas com deficiência;

- Diversificar e aprofundar práticas de psicomotricidade em meio aquático com população com diferentes tipos de problemáticas;

- Diversificar e aprofundar a intervenção do técnico de reabilitação psicomotora no Snoezelen;

- Promover formação na Atividade Física e Desporto Adaptado;

- Procurar manter e alargar os protocolos existentes com esta instituição e afins.

- Institucional

Continuar o incremento da atividade física em todos os clientes de uma forma geral para melhorar ou manter os níveis da sua QV;

Focalizar trabalho e atuar individualmente sobre os seguintes clientes:

- A.F. – Continuação do trabalho em ginásio para aquisição de condição física geral e para promoção do gosto pela atividade física;
- H.Ag. – Continuação do trabalho na piscina para a aquisição de novas competências dentro de água;
- H.Al. – Continuação do trabalho na piscina para a futura evolução no sentido da aprendizagem do nado;
- J.C. - Continuação do trabalho na piscina para a futura evolução no sentido da aprendizagem do nado;
- M.F. – Continuação do trabalho na piscina para diminuição da agitação psicomotora.

Modificar certos itens da grelha de avaliação da piscina, possibilitando uma avaliação quantitativa dos parâmetros em causa e uma melhor quantificação de resultados.

7. Dificuldades e Limitações

Elencaremos de seguida algumas dificuldades e limitações vivenciadas no decurso do estágio na CERCIOEIRAS. Importa desde já esclarecer de que não encaramos os fatores seguidamente referidos, como pontos negativos, muito pelo contrário, foram situações de aprendizagem e assumimo-los como pontos de reflexão.

Assim destacaríamos os seguintes fatores como dificuldades:

- *Gestão do tempo e organização das fases de trabalho:* Com as diversas solicitações durante o tempo de estágio, tanto para atividades extra como para a própria dinamização de sessões, foi complexa a gestão do tempo e de trabalho no relatório de estágio, motivando atraso na sua entrega.
- *Adaptação às características pessoais de cada cliente:* O contacto com a população com DID foi até ao início do estágio escasso e, apesar de não haver preconceitos e dificuldades na adaptação às especificidades da população foi necessário algum cuidado para a adaptação às características individuais de cada cliente, devido à sua heterogeneidade e ideosincretismos.

É importante também referir e realçar alguns fatores que funcionaram como facilitadores no percurso do estágio. Assim impossível será não destacar a relação próxima que se estabeleceu entre a estagiária e os orientadores locais e ainda com os diversos colaboradores da instituição, permitindo uma boa integração e adaptação à instituição. É ainda de referir as diversas relações criadas com alguns clientes que permitiram uma boa intervenção e adaptação às suas características individuais.

8. Atividades Complementares de Formação

A CERCIOEIRAS é uma instituição muito dinâmica o que permitiu a presença e ajuda na organização de várias atividades. Foi possível à estagiária participar numa formação de meio aquático, numa formação de posicionamentos e no seminário “nascer, crescer e aprender”. Quanto a atividades intercentros, a estagiária pode participar numa atividade de hidroterapia, numa atividade de ténis de mesa e no projeto golfinho, tendo-lhe ainda sido possibilitado ajudar na organização da “matiné dançante”, e na “caminhada mágica”. Quanto a atividades apenas da instituição, a estagiária participou na festa de natal, na venda dos pirilampos e organizou ainda o dia do coração para alguns dos clientes da instituição.

Tabela 20: Descrição das atividades complementares

Atividade	Descrição
Formação Posicionamentos	Esta formação realizou-se no ginásio da instituição. Foi uma formação para todos os profissionais da CERCIOEIRAS tendo sido nela focado a necessidade de adaptação das cadeiras de rodas aos seus utilizadores para que estes possam estar confortáveis e usufruam de tudo o que a cadeira pode proporcionar.
Formação meio aquático	Esta formação realizou-se no dia 10 de novembro na CERCIOEIRAS sendo que a primeira parte foi teórica na sala multiusos da instituição e a segunda prática no tanque da instituição. A formação foi lecionada pela TSEER Ana Isabel Dias e a TSRPm Ana Mafalda Roque, profissionais da CERCIOEIRAS. Esta formação abordou as informações básicas sobre a água e a hidroterapia e as razões pelas quais é tão importante para a população com DID. Abordou-se ainda o método Halliwick sendo que na parte prática se aprofundou este método através da experimentação de várias situações por todos os que estavam presentes na formação.
Seminário “Nascer, crescer e aprender”	Este seminário decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2012 nas instalações da Universidade Atlântica na Fábrica da Pólvora. Foi organizado pela CERCIOEIRAS e teve vários convidados que nas suas palestras abordaram temas sobre a intervenção precoce. A estagiária esteve presente no primeiro dia.
Hidroterapia	Esta atividade realizou-se no dia 10 de dezembro de 2012 na piscina do Forte da Casa em Alverca. A CERCIOEIRAS esteve presente com um grupo de clientes acompanhados pelo professor de educação física e pela estagiária. A atividade constou de uma mega aula de hidroterapia para os clientes. Após esta aula o grupo da CERCIOEIRAS deslocou-se até um jardim onde almoçou e deu um passeio.
Festa de Natal	Esta atividade realizou-se no dia 19 de dezembro de 2013 na instituição. Começou com um pequeno lanche para todos os clientes e as suas famílias seguido da festa no ginásio onde houve uma apresentação de uma peça pela sala de ensino especial, uma dança realizada pelo grupo Korpus e o grupo da expressão corporal, uma atuação de uma tuna convidada e ainda a atuação de uma das clientes da instituição a cantar uma música de natal. A estagiária esteve envolvida nesta festa através do grupo Korpus e do grupo da expressão corporal. Participou na elaboração da coreografia e nos ensaios anteriores à festa e na caracterização, no próprio dia do evento.
Matiné Dançante	Esta atividade realizou-se no dia 22 de fevereiro de 2013 no ginásio da instituição. Foi uma atividade intercentros organizada pela CERCIOEIRAS e que teve como tema o “reggae”. Todos os participantes foram convidados a incorporar o tema, mascarando-se no estilo reggae. A atividade desenvolveu-se com uma apresentação de dança do grupo Korpus, um concurso de dança do estilo reggae e muita música para criar ambiente e todos dançarem. Todo o ginásio foi enfeitado para incorporar o tema também. A estagiária colaborou na preparação do ginásio, da coreografia do grupo de dança e mesmo na organização do concurso de dança.
Ténis de mesa	Esta atividade realizou-se no dia 18 do março de 2013 em Sintra. A CERCIOEIRAS esteve presente com um grupo de clientes acompanhado por uma colaboradora sua e pela estagiária. A atividade estava estruturada segundo várias estações, sendo que em cada uma, os clientes eram convidados a realizar uma pequena atividade relacionada com o ténis de mesa. Havia atividades como receber a bola enviada por uma máquina distribuidora de bolas, acertar com a bola num balde, equilibrar um balão na raqueta, dar toque com um balão realizando um percurso, etc.

Atividade	Descrição
Projeto Golfinho	Esta atividade realizou-se no dia 20 do março de 2013 nas instalações do Colégio Vasco da Gama, tendo a sua organização sido assegurada em parceria entre a CERCIOEIRAS e o Colégio Vasco da Gama. A atividade durou todo o dia sendo que da parte da manhã havia equitação, ténis, futebol, natação, trampolins, judo, manualidades e um circuito de atividades motoras para os clientes das diversas instituições participarem. No final da manhã houve ainda uma apresentação de dança dos alunos do colégio e de grupos convidados. Na parte da tarde houve um desfile de moda, onde todos os clientes tiveram a oportunidade de desfilar. A CERCIOEIRAS levou um grupo grande a esta atividade, mas a maior parte dos clientes apenas estiveram presentes na parte da manhã sendo que, os poucos que continuaram para a tarde, almoçaram no colégio e participaram então no desfile de moda. Todas as atividades durante o dia foram dinamizadas por alunos do colégio Vasco da Gama, proporcionando assim um contacto e uma integração dos diversos clientes com DID com pessoas ditas normais e vice versa.
Caminhada Mágica	Esta atividade realizou-se no dia 17 de maio de 2013 no paredão de Oeiras. Foi uma atividade intercentros organizada pela CERCIOEIRAS e inseriu-se no mês do Pirlampo. Teve a colaboração de diversas instituições e entidades tais como a Oriflame, os Bombeiros, a PSP de Oeiras, o bar “Luar da Barra”, os Parques Tejo, a Eureste e a Oeiras Viva. A atividade constou de numa pequena caminhada pelo paredão de Oeiras sendo que, num momento inicial, se realizou um pequeno aquecimento. Na chegada, foi realizada uma mega aula de dança para todos os participantes e a largada de balões. Esta atividade contou com a presença de diversos técnicos da CERCIOEIRAS e das diferentes instituições, com voluntários da Oriflame, com o senhor presidente da Câmara de Oeiras e de voluntários da CERCIOEIRAS.
Venda de Pirlampos	Esta atividade realizou-se num sábado do mês de maio. A estagiária esteve em conjunto com uma das suas orientadoras, no Jumbo de Alfragide a vender pirlampos mágicos durante o turno da manhã, onde a CERCIOEIRAS tem uma banca de venda.
Dia do Coração	Esta atividade realizou-se no dia 24 de maio de 2013 na Fábrica da Pólvora. Foi uma atividade proposta pela estagiária e dirigida a alguns dos clientes da CERCIOEIRAS. Toda a preparação e planeamento foram realizados pela estagiária, sempre com o apoio incondicional dos seus orientadores locais. Foi uma atividade que durou o dia todo, sendo que de manhã se realizou um pequeno jogo de orientação, com postos sobre aspetos importantes para o coração e, na parte da tarde uma atividade de tiro com arco com a colaboração e apoio da Federação Portuguesa de Tiro com Arco. Participaram nesta atividade 31 clientes da CERCIOEIRAS, sendo que estiveram todos na parte da manhã mas apenas 18 permaneceram para a parte da tarde. Estiveram envolvidos ainda 11 colaboradores da CERCIOEIRAS e 5 voluntários. Mais informação sobre esta atividade pode ser consultada no Anexo 9.

CONCLUSÃO

Um estágio é sempre um momento de teste. Teste ao que Aprendemos a Ser, teste para comprovar se sabemos efetivamente Ser. É uma hipótese ímpar de pós- formação, possibilitando experiências determinantes para consolidação de percursos académicos anteriores, bem como da vivência de situações pré profissionais que, e porque ainda apoiadas em orientadores, possibilitam uma imersão mais suavizada nas problemáticas da prática profissional efetiva, bem como nas relações humanas, pessoais e institucionais, fatores sem dúvida determinantes para o sucesso e integração profissional futuros.

O estágio permite assim um crescimento pessoal e profissional de forma articulada e apoiada, em que ambos os campos se potenciam mutuamente, permitindo um desenvolvimento mais rico e harmonioso.

Também neste estágio, a que o presente relatório reporta, foi possível dar sentido e pôr em prática conteúdos e aprendizagens propiciados no 1º e 2º ciclo de formação académica, articulados com outras competências humanas e sociais cultivadas nas nossas experiências de vida.

Adequação da relação, forma de comunicar, estabelecer limites, implementar de regras, adequar estratégias, responsabilização, gestão eficaz do tempo, foram fatores de crescimento pessoal que trabalhamos com clientes, colaboradores e de uma forma geral com toda a estrutura em que nos integrámos neste estágio.

O trabalho com grupos heterogêneos em capacidades e preferências, requereu capacidade de adaptação e flexibilização de planeamentos e estratégias interventivas, estimulou o estabelecer de laços e relações diversificadas, implicando atitudes de partilha, entreajuda e cooperação, para promover ambientes e atividades que melhorem as capacidades psicomotoras dos clientes, na tentativa de preservar a sua funcionalidade nas atividades da vida diária e, consequentemente, a sua autonomia.

Sentimos assim a desenvolver maturidade e experiências de vida que, certamente contribuirão, para a contínua formação de um profissional mais capaz e por fim, de uma pessoa melhor.

O feedback que nos chega de clientes e da instituição acolhedora do estágio parece-nos ser decididamente positivo relativamente à nossa prestação, que sempre se pautou por uma grande disponibilidade, vontade de aprender, de ajudar e de converter em aprendizagens significativas todas as experiências, as boas e as nem tanto.

Não poderemos terminar sem, mais uma vez, realçar o papel determinante que a orientação técnica teve não só no acolhimento e desenvolvimento, mas também, no êxito deste estágio, possibilitando sempre o esclarecimento de dúvidas, a partilha de conhecimentos, a abordagem a cada cliente no respeito pela sua individualidade, o fomento do trabalho de equipa, como processo “natural” de trabalho para atingirmos o objetivo último e maior de tornar mais autónomos e melhorar a qualidade de vida dos clientes com DID.

No fim, mais uma vez temos a consciência precisa de estarmos no “ponto certo” para começarmos a nossa “viagem” nesta formação. Mas, parece que uma máxima antiga se realiza novamente em nós: “o caminho faz-se caminhando!”.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC.

Barbosa, M. S. (2006). *Estudo Comparativo da Preferência Manual em Indivíduos com Síndrome de Down e em indivíduos Ditos "Normais"*. Acedido a 04 de setembro de 2013, disponível em <http://goo.gl/eqanpV>.

Borella, D. R., Almeida, L. F. G. d., Harnisch, G. S., & Storch, J. A. (2011). Atividades Motoras Adaptadas na Unioeste. *ADAPTA*, 7 no 1.

Carvalho, E. d. (2008). *Estudo de caso de um aluno com Trissomia 21*. Acedido a 04 de setembro de 2013, disponível em <http://goo.gl/6jZkDT>.

Castro, A. (2003). *Dança e Psicoterapia: Levantamento e Análise da Situação da Dançoterapia em Portugal*. Tese de Mestrado não publicada. Dissertação apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção de grau de Mestre em Performance Artística – Dança, Universidade Técnica de Lisboa.

Censos (2001). *Análise de População com Deficiência Resultados Provisórios*, INE.

Saramago, A. R.; Gonçalves, A.; Nunes, C.; Duarte, F.; Amaral, I. (2004). *Avaliação e intervenção em multideficiência*. Lisboa: Ministério da Educação. Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular: Centro de Recursos para a Multideficiência.

CERCIOEIRAS. (2009/2010). Acedido a 04 de setembro de 2013, disponível em <http://www.cercioeiras.pt/>.

CERCIOEIRAS. (2010). *Regulamento Interno do Centro de Actividades Ocupacionais – CAO*.

Coppenolle, H. V., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy. *Adapted Physical Quarterly*, 6, 145-153.

Cunha, M. (2010). *Auto-Determinação e Inclusão Social das Pessoas com Deficiência Mental – Uma intervenção Centrada no Sujeito*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Tecnologia da Saúde com vista à obtenção de grau de Mestre em Temas de Terapia Ocupacional, Área de especialização Crianças e Jovens - Instituto Politécnico do Porto.

Decreto-Lei 18/89 de 11 de janeiro de 1989, acedido a 4 de setembro em <http://goo.gl/N4fbVA>.

Faria, L., & Costa, N. F. (2001). Contributos da Equitação Adaptada para a Promoção do Auto-Conceito em Portadores de Paralisia Cerebral. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 61-71.

Fearns, D., Kelly, J., Maloret, P., McIver, M. & Simpson, T. (2006). Health Promotion Perspectives for Adults with Learning Disabilities. *Caring for People with Learning Disabilities*.

Fischinger, B. S. (1970). *Considerações sobre a paralisia cerebral e o seu tratamento*. Sulina.

Fonseca, V. d. (1976). *Contributo para o estudo da génese da psicomotricidade*. Editorial Notícias.

Freitas, M. e Silva, J. (2010). Adaptação ao Meio Aquático Uma Proposta Pedagógico-Terapêutica. *Revista Diversidades*, nr 28, 13-15.

Gutierrez Filho, P. (2003). *Psicomotricidade Relacional Em Meio Aquático*. MANOLE.

Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nettelbeck, T., Taplin, J., (2005). Support Needs and Adaptive Behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, Volume 110, número 5, 393-404. Acedido a 09 de setembro de 2013 em: <http://goo.gl/qPOUBu>.

Kelly, J. (2006). Working with Adults with Learning Disabilities. *Caring for People with Learning Disabilities*.

Lima, I. R. (1993). Análise da atitude num grupo de deficientes (Paralisia Cerebral) face à actividade física (Natação). Cruz Quebrada.

Lipkin, P., Perry, J., & Leppert, M. (2011) *Intellectual disability*. Acedido a 09 de setembro de 2013 em: <http://goo.gl/OMNCP1>.

Lucena, C. d. S., & Mauerberg-deCastro, E. (2006). Pet Terapia e Atividade Física Adaptada O Homem e o Seu Amigo. *ADAPTA*, 2 no 1.

Maes, B., Lambrechts, G., Hostyn, I., Petry, K. (2007). Quality-enhancing interventions for people with profound intellectual and multiple disabilities: A review of the empirical research literature, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(3), 163–178.

Mansell J. *Raising Our Sights: Services for Adults with Profound Intellectual and Multiple Disabilities*. Department of Health, 2010. Acedido a 20 de outubro de 2013 em: <http://goo.gl/cf1m8l>.

Marques, U. M., Moura e Castro, J. A. & Silva, M. A. (2001). Actividade Física Adaptada: uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, vol. 1, nº1, 73-79.

Mednick, M. (2002). Supporting Children with Multiple Disabilities. Acedido a 09 de setembro de 2013 em: <http://goo.gl/1cwBtQ>.

Moreira, M. N. (1993). Intervenção Pedagógica em Paralisia Cerebral - Estudo de Caso. Cruz Quebrada.

Nunes, C. & Amaral, I. (2008) Educação, Multideficiência e Ensino Regular: Um Processo de Mudança de Atitude. *Revista Diversidades*, nr 20, 4 – 9.

Ojeda, R., T. (2005). La práctica psicomotriz en personas com discapacidad psíquica y física associada. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, nr 19, 77-88.

Oliveira, M. A. (2006). *O Desenvolvimento da Preferência Manual e sua Relação com a Proficiência Manual*. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Desporto.

OMS. (1998). WHOQOL User Manual Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse.

OMS. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th revision.

Onofre, P.S. (2004). *A criança... e a sua psicomotricidade: uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.

Ortiz, M., Río, C., Rodriguez, M., Robaina, N. (2010). Aplicabilidade da versão espanhola da escala de intensidade de apoio, na população mexicana com doença mental severa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5). Acedido a 08 de setembro de 2013 em: <http://goo.gl/x5xfhe>.

Paasche, C., L., Gorrill, L. & Strom, B. (2010). *Crianças com necessidades educativas especiais em contextos de educação de infância: identificação, intervenção e inclusão*. Porto: Porto Editora.

Payne, H.; Introduction, In Payne, H. (Edt); (1992); *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*, 1ª Edição, London, Routledge.

RACP. (2013). *Regulamento do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais*. Faculdade de Motricidade Humana.

Rodrigues, D. (1998). *Corpo, Espaço e Movimento - A representação espacial do corpo em crianças com paralisia cerebral*. Instituto Nacional de Investigação Científica.

Santos, I. M. (2007). Estudo da Preferência Manual e da Proeficiência Manual em Crianças com Síndrome de Down e em Crianças com Desenvolvimento Normal, entre os 6 e os 10 anos de idade. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Desporto.

Santos, M. G., (1999), A Dança e o Movimento Criativo no Desenvolvimento de algumas dimensões da Competência Social – Uma abordagem às Terapias Expressivas na Intervenção em crianças com comportamentos agressivos, Tese de Dissertação apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção de grau de Mestre em Educação Especial, Universidade Técnica de Lisboa.

Santos, S. (2000). Comportamento Adaptativo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 7, nº1, 37-46.

Santos, S. (2007). Estudo psicométrico da escala de comportamento adaptativo versão portuguesa (ECAP). Tese de Doutoramento. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.

Santos, S., & Morato, P. (2002). Comportamento adaptativo. *Educação Especial*.

Santos, S. & Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo Versão portuguesa*.

Santos, S. & Morato, P. (2008). Dificuldades intelectuais, comportamento adaptativo e sistema de apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, vol 15.

Santos, S. & Santos, S. (2007). Comportamento Adaptativo e Qualidade de Vida nas Crianças com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, vol 14.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. & Yeager, M. H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. Eleventh Edition*: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Schalock, R. L., Gardner, J. E., & Bradley, V. J. (2010). *Quality of life for people with Intellectual and other developmental disabilities applications across individuals, organizations, communities, and systems*. AAIDD.

Schalock, R. L.; Luckasson, R. A.; Shogren, K. A.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W. H.; Coulter, D.L.; Craig, E.M; Gomez, S.C.; Lachapelle, Y.; Reeve, A.; Snell, M.E.; Spreat, S.; Tassé, M.J.; Thompson, J.R.; Verdugo, MA.; Wehmeyer, M.L. & Yeager, M.H. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the change to the term Intellectual Disability. *Intellectual developmental disabilities*, 45 (2), 116-124.

Schalock, R. L., Tassé, M., L., Balboni, G., Bersani Jr., H., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K., F. & Zhang, D. (2012). The Construct of Adaptive Behavior: Its Conceptualization, Measurement, and Use in the Field of Intellectual Disability. *American Journal On Intellectual And Developmental Disabilities*, Vol. 117, Nr. 4, 291–303.

Shevell, M. (2008). Global Developmental Delay and Mental Retardation or Intellectual Disability: Conceptualization, Evaluation, and Etiology. *Pediatric clinics of North America*, 55(5), 1071-1084. Acedido a 08 de setembro de 2013 em: <http://goo.gl/EWYZ9o>.

Soares, M. P., Lemos, S. S., & Barros, J. d. (2003). Detecção de características específicas da articulação do joelho que podem limitar a atividade física em portadores da síndrome de down no DF. *Efdeportes - Revista Digital*. Acedido a 15 de setembro de 2013 em: <http://goo.gl/YVjvRi>.

Sousa, A. R. (2009). *Preferência Lateral e Assimetria Funcional. Estudo em indivíduos com Deficiência Intelectual, Síndrome de Down e Desenvolvimento típico*. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Desporto.

Teixeira, E. (2006). *Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um Conceito*. Relatório de estágio do Curso de Política Social – ISCSP.

Varela, A., Duarte, A., Sereno, S., Dias, A. & Pereira, B. (2000). *Intervenção Terapêutica em Meio Aquático para Populações Especiais*.

Verheul, A. (2007). *Snoezelen materials homemade*. Netherlands.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabela de caracterização da população

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
Mestrado em Reabilitação Psicomotora

dados sociodemográficos															
gênero	idade	sala	diagnóstico			atividades									
			principal	secundário(s)	almoço	Pisc 2ª	Gin 2ª	Gin 3ª	Pisc 4ª	Gin 1 4ª	Gin 2 4ª	Snoez	Korpus	Pisc 6ª	
0=masc 1=fem	em Dez 2012	GTA=8 TEC=9 EEE=10	1=DID	1 = DiD 2 = T21 3 = PC 4 =Multidef 5 =Autismo 6 = Síndromes 7 = outros	1=sim 0=não										
A.A.	1	46	9	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
A.Fe	0	48	3	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
A.Fi.	1	32	7	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
A.J.	0	34	6	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
A.N.	0	46	6	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
A.R.F.	1	28	8	1	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
A.V.	0	55	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
C.M.	1	37	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
C.R.	1	29	3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
D.L.	1	38	6	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
E.L.	1	30	1	1	4	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
E.S.	0	64	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
F.Ce.	0	20	10	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
F.Co.	0	41	6	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
F.P.	0	20	7	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
G.A.	0	22	5	1	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
G.P.	0	21	8	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
H.Ag.	1	35	9	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
H.Ai.	1	41	5	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
H.C.	0	21	8	1	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
I.F.	1	42	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
I.K.	1	25	5	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
I.P.	1	32	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
J.A.	0	25	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
J.C.	0	19	8	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
J.M.A.	0	22	3	1	4	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
J.P.	0	33	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
J.P.P.	0	24	3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
L.F.	0	20	7	1	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
L.S.	1	26	9	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
L.V.	0	40	9	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
M.C.C.	1	37	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M.Ca.	1	16	7	1	7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
M.Cam.	0	25	3	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
M.F.	0	16	10	1	5	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
M.M.	1	15	10	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
M.P.	1	17	10	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
N.C.	0	33	8	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
N.J.	0	35	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N.M	0	33	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
P.C.	0	24	1	1	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
Mestrado em Reabilitação Psicomotora

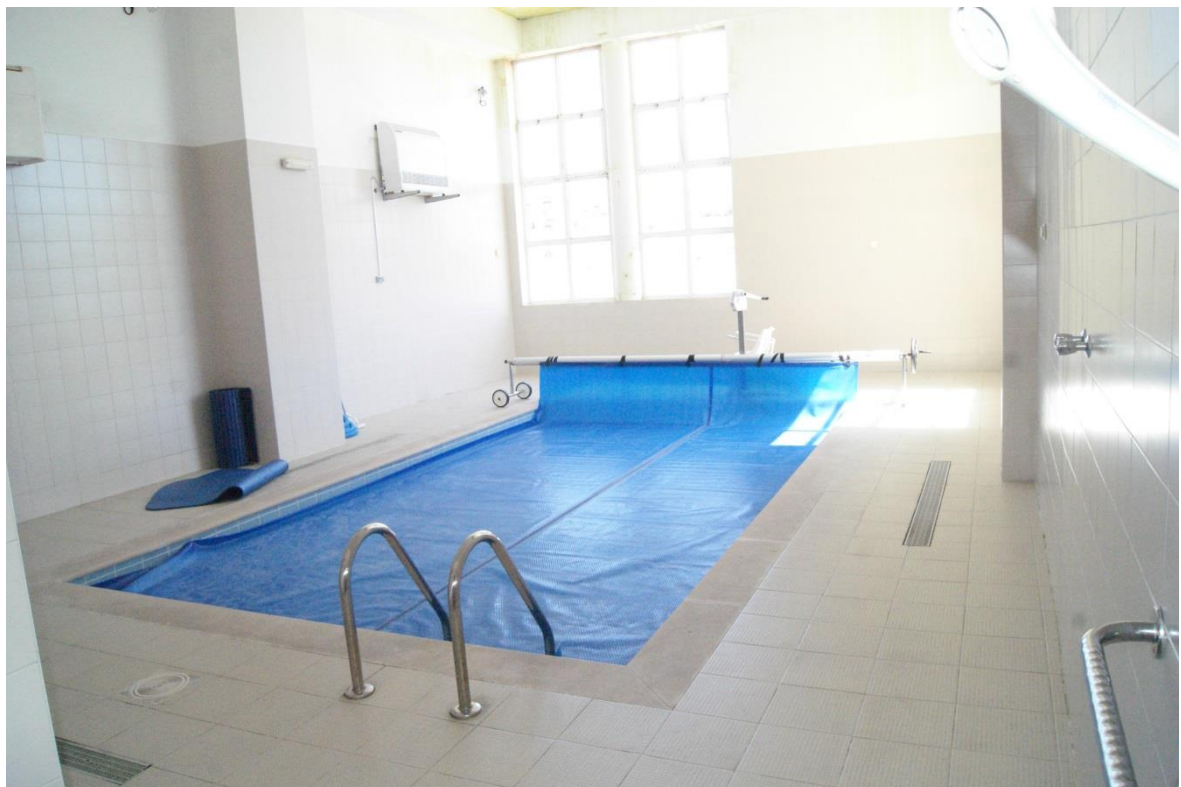
P.D.	0	55	1	1	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
P.F.	0	23	5	1	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
P.Se.	0	41	3	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
P.Si.	0	30	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R.A.	0	35	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R.B.	1	22	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
R.S.	1	46	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S.C.	1	17	10	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
T.C.	1	48	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T.R.	0	27	6	1	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
V.B.	0	21	8	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
V.G.	1	34	9	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
V.S.	0	47	3	1	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	0=masc 1=fem	em Dez 2012	GTA=8 TEC=9 EEE=10	1=DID	1 = DiD 2 = T21 3 = PC 4 =Multidef 5 =Autismo 6 = Síndromes 7 = outros	1=sim 0=não									
	género	idade	sala	principal	secundário(s)	almoço	Pisc 2ª	Gin 2ª	Gin 3ª	Pisc 4ª	Gin 1 4ª	Gin 2 4ª	Snoez	Korpus	Pisc 6ª
				diagnóstico		atividades									
	dados sociodemográficos														

ANEXO 2

Fotografias dos diversos contextos



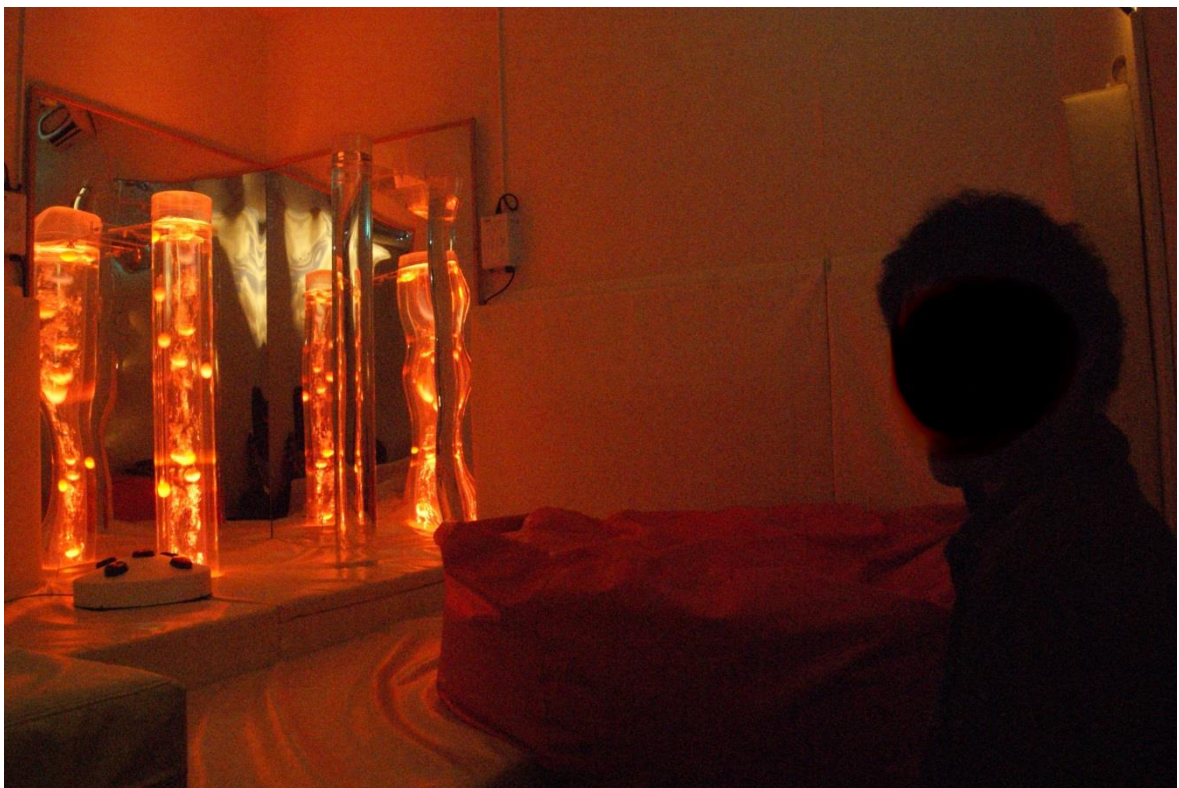
Sala Multiusos – Dança



Tanque - Piscina



Ginásio



Snoezelen

ANEXO 3

Check List de Observação Snoezelen



CHECK LIST DE AVALIAÇÃO SNOEZELEN

CLIENTE:

DATA DE AVALIAÇÃO:

Frequência de avaliação:

RESPONSÁVEL:

MATERIAL/EQUIPAMENTO DE SNOEZELEN	REAGE AO ESTÍMULO			GOSTA DO ESTÍMULO		
	NÃO	SIM	N/A	NÃO	SIM	N/A
▶ Sofá de estrutura rígida						
▶ Colchão de água						
▶ Almofada vibratória						
▶ Tapete sensorial						
▶ Puff						
▶ Tubo de água (bolhas) colorido						
▶ Tubo de água (bolas) com swith para mudança de cores						
▶ Música						
▶ Bola espelhada						
▶ Painel de desenho giratório						
▶ Fibras ópticas						
▶ Painel de essências						
▶ Painel luminoso giratório						

DURAÇÃO TOTAL DAS SESSÕES :

ACEITAÇÃO DA ATIVIDADE/ INICIATIVA/ INTERESSES (Referir se entra na sala; adesão ao espaço; selecciona o equipamento; tem preferências; solicita ajuda; reconhece a sala)

COMPORTAMENTO / COMUNICAÇÃO (Referir se apresenta alguma alteração de humor e qual, choro, riso, medo; relaxa, agita-se; isolamento/ tipo de interação com o acompanhante e outros elementos do grupo; como expressa emoções e necessidades)

OBSERVAÇÕES / SUGESTÕES DE CONTINUIDADE DE APOIO NO SNOEZELEN

Objetivos:

•

ANEXO 4

Check List de Observação Piscina



CHECK LIST DE AVALIAÇÃO NATAÇÃO PURA, NATAÇÃO ADAPTADA E HIDROTERAPIA

Cliente:

Responsável pela Avaliação:

LEGENDA:

A avaliação do Cliente é feita segundo uma escala qualitativa do seu desempenho - ✓ (**Realiza**), X (**Não realiza**). Quando o Cliente não desenvolve uma tarefa, por esta não se encontrar nos seus objectivos de intervenção ou por ainda não ter sido possibilitada a sua realização, é considerada a denominação de **Não Aplicável (NA)**.

COMPETÊNCIAS / TAREFAS	Domínio ECA-VP	1ª Avaliação ----/----/----	2ª Avaliação ----/----/----
1. APRESENTAÇÃO PESSOAL	I		
Demonstra cuidado com a sua higiene pessoal	I		
Apresenta vestuário limpo e adequado ao contexto	I		
2. ASSIDUIDADE / PONTUALIDADE	VII		
2.1. Assiduidade	VII		
2.2. Pontualidade	VII		
3. HIGIENE	I		
3.1. Toma duche antes e depois da prática da atividade	I		
4. ATENÇÃO	VIII		
4.1 Facilmente motivado	VIII		
4.2 Mantém-se concentrado na atividade	VIII		
5. COMPETÊNCIAS SOCIAIS	X		
5.1 Cooperar com os outros	X		
5.2 Interage com os outros	X		
5.3 Participa em atividades de grupo	X		
5.4 Cumprir com as regras instituídas pelos responsáveis da atividade	XII		
5.5 Não manifesta comportamentos que ponham em causa a sua integridade física e a dos outros participantes (correr no recinto, empurrar ou puxar os outros, sair da atividade sem autorização, danificar o material)	XI		
6. ENTRADA NA ÁGUA	II		
6.1. Entra na água	II		
6.2. Desce pelas escadas	II		
6.3. Sentado no bordo da piscina	II		
6.3.1. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega curta)	II		
6.3.2. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega média)	II		
6.3.3. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega longa)	II		
6.3.4. Sentado no bordo da piscina entra sem ajuda	II		
6.4. Em pé no bordo da piscina	II		
6.4.1. Em pé no bordo da piscina salta de pés	II		
6.4.2. Em pé no bordo da piscina mergulha de cabeça	II		
7. IMERSÃO	II		
7.1. Imerge	II		

7.2. Molha a boca	II		
7.3. Molha a cara	II		
7.3.1. Molha a cara a pedido com ajuda	II		
7.3.2. Molha a cara a pedido sem ajuda	II		
7.3.3. Molha a cara espontaneamente	II		
7.3.4. Mergulha a cara a pedido com ajuda	II		
7.3.5. Mergulha a cara a pedido sem ajuda	II		
7.3.6. Mergulha a cara espontaneamente	II		
7.4. Imerge	II		
7.4.1. Imerge a pedido e com ajuda	II		
7.4.2. Imerge a pedido e sem ajuda	II		
7.4.3. Imerge a pedido espontaneamente	II		
7.5. Toca no fundo	II		
7.6. Desloca-se debaixo de água	II		
7.7. Apanha objetos debaixo de água	II		
8.RESPIRAÇÃO	-		
8.1. Sopra	-		
8.2. Sopra com a face acima da água	-		
8.3. Sopra com a face ao nível da água	-		
8.4. Não enche a boca de água	-		
8.5. Não enche a boca de água e expulsa-a	-		
8.6. Expiração debaixo de água	-		
8.6.1. Não faz expiração (apneia)	-		
8.6.2. Faz expiração bucal com a face imersa	-		
8.6.3. Faz expiração nasal com a face imersa	-		
8.6.4. Faz expiração nasal e bucal com a face imersa	-		
8.7 Faz respiração ritmada, de acordo com o movimento propulsivo	-		
9. EQUILÍBRIO	II		
9.1. Equilibra-se	II		
9.2. Anda na água	II		
9.2.1. Anda na água com apoio	II		
9.2.2. Anda na água sem apoio	II		
9.3. Salta na água	II		
9.3.1. Salta na água com apoio	II		
9.3.2. Salta na água sem apoio	II		
9.4. Flutua em decúbito dorsal	II		
9.4.1. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega curta)	II		
9.4.2. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega média)	II		
9.4.3. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega longa)	II		
9.4.4. Flutua em decúbito dorsal com apoio de flutuadores	II		
9.4.5. Flutua em decúbito dorsal sem apoio	II		
9.5. Flutua em decúbito ventral	II		
9.5.1. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega curta)	II		
9.5.2. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega média)	II		
9.5.3. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega longa)	II		
9.5.4. Flutua em decúbito ventral com apoio de flutuadores	II		
9.5.5. Flutua em decúbito ventral sem apoio	II		
9.6. Enrolamentos na água	II		
9.6.1. Enrolamento horizontal com ajuda	II		
9.6.2. Enrolamento horizontal sem ajuda	II		
9.6.3. Enrolamento vertical atrás com ajuda	II		
9.6.4. Enrolamento vertical atrás sem ajuda	II		
9.6.5. Enrolamento vertical frente com ajuda	II		
9.6.6. Enrolamento vertical frente sem ajuda	II		
10. DESLOCAMENTO	II		
10.1. Desloca-se	II		
10.2. Desloca-se com auxílio do técnico	II		
10.2.1. Desloca-se com auxílio do técnico, ao colo	II		
10.2.2. Desloca-se com auxílio do técnico, em cadeira	II		
10.2.3. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega curta)	II		
10.2.4. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega média)	II		
10.2.5. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega média)	II		

10.2.6. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega longa)	II		
10.2.7. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega curta)	II		
10.2.8. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega média)	II		
10.10. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega longa)	II		
10.11. Desloca-se com o auxílio de objetos, em decúbito dorsal (rolo, etc)	II		
10.12. Desloca-se com o auxílio de objetos, em decúbito dorsal (rolo, braçadeira,)	II		
10.13. Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas (movimento de bicicleta)	II		
10.14. Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas (estilo rã)	II		
10.15. Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas com alternância	II		
10.16. Desloca-se em decúbito ventral com batimento de pernas (movimento de bicicleta)	II		
10.17. Desloca-se em decúbito ventral com batimento de pernas (movimento de bicicleta)	II		
10.18. Desloca-se em decúbito ventral com batimento de pernas com alternância	II		
11. SAÍDA DA ÁGUA	II		
11.1. Sai pelas escadas	II		
11.2. Sai pelo bordo da piscina com ajuda	II		
11.3. Sai pelo bordo da piscina sem ajuda	II		
11.4. Sai pela cadeira elevatória	II		
12. FAMILIARIZAÇÃO/MOTIVAÇÃO			
12.1. Não utiliza um espaço restrito	II		
12.2. Utiliza um espaço restrito, não utilizando os materiais disponíveis	II		
12.3. Utiliza um espaço restrito, utilizando os materiais disponíveis	II		
12.4. Utiliza um espaço restrito participando nas atividades propostas	II		
12.5. Utiliza um espaço restrito cooperando com os pares	II		
12.6. Utiliza todo o espaço	II		
12.7. Utiliza todo o espaço não utilizando os materiais disponíveis	II		
12.8. Utiliza todo o espaço utilizando os materiais disponíveis	II		
12.9. Utiliza todo o espaço participando nas atividades propostas	II		
12.10. Utiliza todo o espaço cooperando com os pares	II		
13. INTERACÇÃO SOCIAL E EXPLORAÇÃO DE MATERIAIS			
13.1. Distingue bem o responsável dos restantes participantes	X		
13.2. Expressa satisfação quando se encontra próximo do responsável	-		
13.3. Partilha brinquedos e envolve-se em atividades com o acompanhante	X		
13.4. Não chora quando é afastado do responsável	-		
13.5. Demonstra independência afetiva do responsável	-		
13.6. Não recusa a maioria das tarefas propostas	XII		
13.7. Jogo Solitário	X		
13.8. Jogo Paralelo	X		
13.9. Jogo em Díade	X		
13.10. Jogo de Grupo	X		
13.11. Jogo de Regras	X		
13.12. Jogo de Competição	X		
13.13. Jogo de Cooperação	X		
13.14. Jogo exploratório / manipulativo	X e II		
13.15. Jogo relacional	X		
13.16. Jogo funcional / construtivo	X e II		
13.17. Jogo simbólico	X		

LEGENDA DOS DOMÍNIOS DA ECA/VP

Domínio I [Autonomia]; **Domínio II** [Desenvolvimento físico]; **Domínio III** [Atividade Económica]; **Domínio IV** [Desenvolvimento da Linguagem]; **Domínio V** [Números e Tempo]; **Domínio VI** [Atividade Doméstica]; **Domínio VII** [Atividade Pré-Profissional]; **Domínio VIII** [Personalidade]; **Domínio IX** [Responsabilidade]; **Domínio X** [Socialização]; **Domínio XI** [Comportamento Social]; **Domínio XII** [Conformidade]; **Domínio XIII** [Merecedor de Confiança]; **Domínio XIV** [Comportamento Estereotipado e Hiperactivo]; **Domínio XV** [Comportamento Sexual]; **Domínio XVI** [Comportamento Auto-Abusivo]; **Domínio XVII** [Ajustamento Social]; **Domínio XVIII** [Comportamento Interpessoal com Perturbações]

RELATÓRIO 1ª AVALIAÇÃO:

RELATÓRIO 2ª AVALIAÇÃO:

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO Data:

NOTA: Esta é a Check List utilizada pela estagiária (já com as alterações)

ANEXO 5

Avaliação Inicial Grupo da Piscina

		E.L.	E.S.	H.Ag.	H.AI.	J.C	J.M.A.	M.F.	T.R.
1. APRESENTAÇÃO PESSOAL	1.1. Demonstra cuidado com a sua higiene pessoal	-1	1	1	1	1	-1	-1	-1
	1.2. Apresenta vestuário limpo e adequado ao contexto	0,5	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5
2. ASSIDUIDADE / PONTUALIDADE	2.1. Assiduidade	0	1	1	1	1	0	1	1
	2.2. Pontualidade	0	0	0	0	0	0	0	0
3. HIGIENE	3.1. Toma duche antes e depois da prática da atividade	0,5	1	1	1	1	0,5	-1	1
4. ATENÇÃO	4.1 Facilmente motivado	1	1	1	1	1	-1	1	-1
	4.2 Mantém-se concentrado na atividade	1	-1	-1	1	-1	-1	-1	-1
5. COMPETÊNCIAS SOCIAIS	5.1 Cooperar com os outros	-1	1	-1	1	-1	-1	-1	-1
	5.2 Interação com os outros	-1	1	1	1	1	1	-1	-1
	5.3 Participa em atividades de grupo	0,5	1	1	1	1	0,5	-1	-1
	5.4 Cumpre com as regras instituídas pelos responsáveis da atividade	1	1	1	1	1	0,5	-1	-1
	5.5 Não manifesta comportamentos que ponham em causa a sua integridade física e a dos outros participantes (correr no recinto, empurrar ou puxar os outros, sair da atividade sem autorização, danificar o material)	1	1	1	1	1	1	-1	-1
6. ENTRADA NA ÁGUA	6.1. Entra na água	1	1	1	1	1	1	1	1
	6.2. Desce pelas escadas	1	1	-1	1	1	1	-1	1
	6.3. Sentado no bordo da piscina	6.3.1. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega curta)	-1	1	1	0	-1	1	-1
		6.3.2. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega média)	-1	1	-1	0	-1	1	-1
		6.3.3. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega longa)	-1	0	-1	0	-1	1	-1
		6.3.4. Sentado no bordo da piscina entra sem ajuda	-1	0	-1	0	-1	1	-1
	6.4. Em pé no bordo da piscina	6.4.1. Em pé no bordo da piscina salta de pés	0	0	0	0	0	0	0
		6.4.2. Em pé no bordo da piscina mergulha de cabeça	0	0	0	0	0	0	0
7. IMERSÃO	7.1. Imerge	0	1	1	1	1	1	1	1
	7.2. Molha a boca	0	1	1	1	1	1	1	1

	7.3. Molha a cara	7.3.1. Molha a cara a pedido com ajuda	0	1	1	1	1	1	-1	1
		7.3.2. Molha a cara a pedido sem ajuda	0	1	1	1	1	-1	-1	1
			E.L.	E.S.	H.Ag.	H.Al.	J.C	J.M.A.	M.F.	T.R.
7. IMERSÃO	7.3. Molha a cara	7.3.3. Molha a cara espontaneamente	0	-1	1	1	1	-1	1	-1
		7.3.4. Mergulha a cara a pedido com ajuda	0	1	1	1	1	-1	-1	1
		7.3.5. Mergulha a cara a pedido sem ajuda	0	1	1	1	1	-1	-1	1
		7.3.6. Mergulha a cara espontaneamente	0	-1	1	1	1	-1	1	-1
	7.4. Imerge	7.4.1. Imerge a pedido e com ajuda	0	1	1	1	1	-1	-1	1
		7.4.2. Imerge a pedido e sem ajuda	0	1	-1	1	1	-1	-1	1
		7.4.3. Imerge a pedido espontaneamente	0	-1	-1	1	1	-1	-1	-1
	7.5. Toca no fundo		0	0,5	-1	0,5	1	-1	-1	-1
	7.6. Desloca-se debaixo de água		0	0,5	-1	0,5	1	-1	1	-1
	7.7. Apanha objetos debaixo de água		0	1	-1	0,5	1	-1	-1	-1
8.RESPIRAÇÃO	8.1. Sopra		1	1	1	1	1	1	-1	1
	8.2. Sopra com a face acima da água		1	1	1	1	1	1	-1	1
	8.3. Sopra com a face ao nível da água		1	1	1	1	1	-1	-1	1
	8.4. Não enche a boca de água		1	1	1	1	1	1	1	1
	8.6. Não enche a boca de água e expulsa-a		1	1	1	1	1	1	-1	-1
	8.7. Expiração debaixo de água	8.7.1. Não faz expiração (apneia)	0	1	1	1	1	1	1	1
		8.7.2. Faz expiração bucal com a face imersa	0	1	1	1	1	-1	-1	1
		8.7.3. Faz expiração nasal com a face imersa	0	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
		8.7.4. Faz expiração nasal e bucal com a face imersa	0	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
		8.8 Faz respiração ritmada, de acordo com o movimento propulsivo	0	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
9. EQUILÍBRIO	9.1. Equilibra-se		1	1	1	1	1	1	1	1
	9.2. Anda na água	9.2.1. Anda na água com apoio	1	1	1	1	1	1	1	1
		9.2.2. Anda na água sem apoio	1	1	1	1	1	1	1	1
	9.3. Salta na água	9.3.1. Salta na água com apoio	1	1	1	1	1	-1	1	1
		9.3.2. Salta na água sem apoio	-1	1	1	1	1	-1	1	1

	9.4. Flutua em decúbito dorsal	9.4.1. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega curta)	1	1	1	1	-1	1	1	1
		9.4.2. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega média)	1	1	1	-1	-1	-1	1	1
			E.L.	E.S.	H.Ag.	H.AI.	J.C	J.M.A.	M.F.	T.R.
9. EQUILÍBRIO	9.4. Flutua em decúbito dorsal	9.4.3. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega longa)	1	1	-1	-1	-1	-1	-1	1
		9.4.4. Flutua em decúbito dorsal com apoio de flutuadores	1	1	-1	-1	-1	-1	-1	1
		9.4.5. Flutua em decúbito dorsal sem apoio	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
	9.5. Flutua em decúbito ventral	9.5.1. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega curta)	1	1	1	1	1	-1	1	1
		9.5.2. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega média)	1	1	1	1	-1	-1	1	1
		9.5.3. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega longa)	1	1	-1	-1	-1	-1	-1	1
		9.5.4. Flutua em decúbito ventral com apoio de flutuadores	1	1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
		9.5.5. Flutua em decúbito ventral sem apoio	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
	9.6. Enrolamentos na água	9.6.1. Enrolamento horizontal com ajuda	0	-1	1	0	0	-1	1	-1
		9.6.2. Enrolamento horizontal sem ajuda	0	-1	-1	0	0	-1	-1	-1
		9.6.3. Enrolamento vertical atrás com ajuda	0	-1	0	0	0	-1	1	-1
		9.6.4. Enrolamento vertical atrás sem ajuda	0	-1	0	0	0	-1	-1	-1
		9.6.5. Enrolamento vertical frente com ajuda	0	-1	0	0	0	-1	0	-1
		9.6.6. Enrolamento vertical frente sem ajuda	0	-1	0	0	0	-1	0	-1
10. DESLOCAMENTO	10.1. Desloca-se		1	1	1	1	1	1	1	1
	10.2. Desloca-se com auxílio do técnico	10.2.1. Desloca-se com auxílio do técnico, ao colo	1	1	1	1	0	1	1	1
		10.2.2. Desloca-se com auxílio do técnico, em cadeira	1	1	1	1	0	1	1	1
		10.2.3. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega curta)	1	1	1	1	-1	1	1	1
		10.2.4. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega média)	1	1	-1	-1	-1	-1	-1	1

		10.2.6. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega longa)	1	1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
			E.L.	E.S.	H.Ag.	H.AI.	J.C	J.M.A.	M.F.	T.R.
10. DESLOCAMENTO	10.2. Desloca-se com auxílio do técnico	10.2.7. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega curta)	0	1	1	1	-1	-1	1	1
		10.2.8. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega média)	0	1	1	1	-1	-1	1	1
		10.2.9. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega longa)	0	1	-1	-1	-1	-1	-1	1
	10.3. Desloca-se com o auxílio de objectos, em decúbito dorsal (rolo, etc)		1	1	-1	-1	-1	-1	-1	1
	10.4. Desloca-se com o auxílio de objectos, em decúbito ventral (rolo, braçadeira,)		0	1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
	10.5. Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas (movimento de bicicleta)		1	1	1	1	-1	-1	-1	1
	10.6. Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas (estilo rã)		1	1	1	1	-1	-1	-1	1
	10.7. Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas com alternância		1	1	1	1	-1	-1	-1	1
	10.8. Desloca-se em decúbito ventral com batimento de pernas (movimento de bicicleta)		0	1	1	1	-1	-1	-1	1
	10.9. Desloca-se em decúbito ventral com batimento de pernas com alternância		0	1	1	1	-1	-1	-1	1
11. SAÍDA DA ÁGUA	11.1. Sai pelas escadas		1	1	1	1	1	1	-1	1
	11.2. Sai pelo bordo da piscina com ajuda		0	0	0	0	0	0	1	0
	11.3. Sai pelo bordo da piscina sem ajuda		0	0	0	0	0	0	0	0
	11.4. Sai pela cadeira elevatória		0	0	0	0	0	0	1	0
12. FAMILIARIZAÇÃO/MOTIVAÇÃO	12.1. Não utiliza espaço restrito		1	1	1	1	1	-1	1	-1
	12.2. Utiliza um espaço restrito, não utilizando os materiais disponíveis		0	0	0	0	0	1	0	1
	12.3. Utiliza um espaço restrito, utilizando os materiais disponíveis		0	0	0	0	0	0	0	0
	12.4. Utiliza um espaço restrito participando nas atividades propostas		0	0	0	0	0	0	0	-1
	12.5. Utiliza um espaço restrito cooperando com os pares		0	0	0	0	0	0	0	0
	12.6. Utiliza todo o espaço		1	1	1	1	1	-1	1	-1

	12.7. Utiliza todo o espaço não utilizando os materiais disponíveis	1	1	1	1	1	-1	1	-1
		E.L.	E.S.	H.Ag.	H.Al.	J.C	J.M.A.	M.F.	T.R.
12. FAMILIARIZAÇÃO/MOTIVAÇÃO	12.8. Utiliza todo o espaço utilizando os materiais disponíveis	-1	1	-1	1	1	-1	-1	-1
	12.9. Utiliza todo o espaço participando nas atividades propostas	1	1	1	1	1	-1	-1	-1
	12.10. Utiliza todo o espaço cooperando com os pares	-1	1	-1	1	-1	-1	-1	-1
13. INTERAÇÃO SOCIAL E EXPLORAÇÃO DE MATERIAIS	13.1. Distingue bem o responsável dos restantes participantes	1	1	1	1	1	1	1	1
	13.2. Expressa satisfação quando se encontra próximo do responsável	0	0	1	0	1	0	1	-1
	13.3. Partilha brinquedos e envolve-se em atividades com o acompanhante	-1	1	-1	1	1	0,5	-1	-1
	13.4. Não chora quando é afastado do responsável	1	1	-1	1	1	1	1	1
	13.5. Demonstra independência afetiva do responsável	1	1	1	1	1	-1	1	-1
	13.6. Não recusa a maioria das tarefas propostas	1	1	1	1	1	-1	1	-1
	13.7. Jogo Solitário	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.8. Jogo Paralelo	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.9. Jogo em Díade	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.10. Jogo de Grupo	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.11. Jogo de Regras	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.12. Jogo de Competição	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.13. Jogo de Cooperação	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.14. Jogo exploratório / manipulativo	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.15. Jogo relacional	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.16. Jogo funcional / construtivo	0	0	0	0	0	0	0	0
	13.17. Jogo simbólico	0	0	0	0	0	0	0	0

Legenda: -1=Não Realiza, 0 =Não Aplicável, 0,5=Realiza com ajuda, 1= Realiza

ANEXO 6

Avaliação Inicial Grupo da Dança – PRAC

				A.A.	D.L.	G.P.	I.K.	L.S.	V.G.			
Autonomia Pessoal	Competências para a mobilidade	Motricidade global	Anda	Percursos longos		0	0	0	0	0	0	
				Percursos curtos		0	0	0	0	0	0	
			Sobe escadas				0	0	0	0	0	0
			Desce escadas				0	0	0	0	0	0
			Cruza os braços				0	0	0	0	0	0
			Corre	Percursos longos		0	0	0	0	0	0	0
				Percursos curtos		0	0	2	0	0	0	0
				Em diferentes direções		1	0	1	0	1	0	0
			Salta				0	0	1	0	1	0
			Assume posições	Deitado		0	0	0	0	0	0	0
				Gatas		0	0	0	0	0	0	0
				Joelhos		0	0	0	0	0	0	0
				Sentado		0	0	0	0	0	0	0
				Pé		0	0	0	0	0	0	0
				Cócoras		1	0	2	0	2	1	0
			Alcança objetos	Acima da cabeça		0	0	0	0	0	0	0
				À frente		0	0	0	0	0	0	0
				Em baixo		1	0	1	0	2	0	0
				Ao lado		0	0	0	0	0	0	0
				Transpõe objetos		0	0	0	0	0	0	0
			Transporta objetos	Leves	Grandes	0	0	0	0	0	0	0
					Pequenos	0	0	0	0	0	0	0
				Pesados	Grandes	0	0	0	0	0	0	0
					Pequenos	0	0	0	0	0	0	0
	Competências sensoriais	Tato	Seguindo indicações				0	0	0	0	0	0
			Em relação aos objetos	Em cima/ baixo		0	0	0	0	0	0	0
				Dentro/ fora		0	0	0	0	0	0	0
Ao lado				0	0	0	0	0	0	0		
Frente/trás				0	0	0	0	0	0	0		
Esquerda/ direita				4	3	3	2	3	3	0		
Tem dominância definida				0	0	0	0	0	0			
Percebe as variações de temperatura				0	0	0	0	0	0			
Distingue quente/ frio				0	0	0	0	0	0			
Percebe diferentes texturas				0	0	0	0	0	0			
Aceita tocar em diferentes texturas				0	0	0	0	0	0			
Percebe			Toque com pressão		0	0	0	0	0	0	0	
			Toque suave		0	0	0	0	0	0	0	
Reage a estímulos dolorosos				0	0	0	0	0	0			
Percepção pessoal	Conhecimento do	Identifica e nomeia as partes do corpo				0	0	0	0	1		
		Toca diferentes partes do corpo				0	0	0	0	0		

		Reconhece características individuais do próprio corpo		0	0	0	0	0	0	
		Representa corretamente o corpo		0	3	2	4	0	2	
				A.A.	D.L.	G.P.	I.K.	L.S.	V.G.	
Autonomia Social	Modo de	Não verbal (Choro/riso, etc)	Envia		0	0	0	0	0	0
			Recebe		0	0	0	0	0	0
	Verbal	Não oral	Envia	0	0	0	0	0	0	
			Recebe	0	0	0	0	0	0	
		Oral	Envia	0	0	0	0	0	0	
			Recebe	0	0	0	0	0	0	
	Eficácia da	É eficaz em:	Num cenário (ex. sala; ateliê; ginásio; com a(s) pessoa (s).))		0	0	0	0	0	0
			Num contexto (ex. escola; centro; casa))		0	0	0	0	0	0
			Em vários contextos		0	0	0	0	0	0
	Discurso coloquial	Utiliza regras sociais na comunicação (ex. por favor)	Contextos habituais		0	0	0	0	0	0
			Outros contextos		0	0	0	0	0	0
		Sabe ouvir		0	3	0	0	0	0	
		Tem um discurso fluente		1	2	0	0	0	1	
		Adapta o discurso ao contexto/interlocutor		0	2	0	0	0	0	
	Assertividade	Identifica sentimentos		0	0	0	0	0	0	
		Expressa sentimentos		0	0	0	0	0	0	
		Tem a capacidade de se colocar no lugar do outro		0	2	0	1	0	1	
		É capaz de dizer adequadamente o que pensa ou sente		1	0	0	0	0	2	
		Demonstra coerência nas palavras e atitudes		0	3	0	0	0	0	
		Tem expectativas realistas e ajustadas		3	4	1	0	1	0	
	Relacionamento interpessoal	Distingue diferentes tipos de relacionamentos		0	0	0	0	0	0	
		Respeito por si	Tem noção de privacidade		0	0	0	0	0	0
			Faz escolhas relacionadas com a sua pessoa		0	0	0	0	0	0
			Assume as consequências das suas escolhas e atitudes		0	2	0	0	0	0
Reconhece ter direitos e deveres			0	1	0	0	0	0		
Cumprir os seus deveres			0	2	1	0	0	0		
Aceita bem o elogio			0	0	0	0	0	0		
Sabe expressar a sua vontade nos diferentes relacionamentos			Familiar	0	0	0	0	0	0	
			Amizade	0	0	0	0	0	0	
			Profissional	0	0	0	0	0	0	
Faz respeitar o seu espaço pessoal		0	0	0	0	0	0			
Relação dual	Tem comportamentos de interaguda		1	1	0	0	0	0		
	Colabora a pedido		0	2	0	0	0	0		

			Mantém o contacto ocular	0	0	0	0	0	1
			Fala de si de forma positiva	0	0	0	0	0	0
				A.A.	D.L.	G.P.	I.K.	L.S.	V.G.
Autonomia Social	Relacionamento interpessoal	Relação com o grupo	Tem comportamentos de interajuda	0	1	0	0	0	0
			Colabora a pedido	0	1	0	0	0	0
			Identifica situações de conflito	0	1	2	0	0	3
			Gere adequadamente situações de conflito	0	3	2	0	1	3
			Demonstra capacidade de liderança	1	3	3	0	2	3
			Lidera de forma positiva	1	3	3	0	1	3
			Respeita as regras estipuladas	3	1	3	0	2	0
			Conhece o seu papel no seio do grupo	0	1	0	0	0	0
			Assume diferentes papéis em diferentes contextos	0	1	0	0	0	0
			Mantém contacto ocular	0	0	0	0	0	0
			Usa tom de voz adequado	0	2	0	0	0	2
			Fala de si de forma positiva	0	0	0	0	0	1
Autonomia de Realização	Persistência/ Empenhamento		Ultrapassa as dificuldades	3	3	1	0	1	3
			Tenta obter sucesso	2	3	0	0	0	1
			Mostra-se disponível para novas experiências	0	0	0	0	0	0
			Quer aprender mais	1	1	0	0	0	0
			Manifesta capacidade de tolerância à frustração	2	3	2	1	2	3
			Manifesta capacidade de tolerância à fadiga	2	2	3	1	3	2
			Defende as suas ideias e convicções	0	0	0	0	0	0
	Responsabilidade		É assíduo	0	0	0	0	0	1
			É pontual	0	0	0	0	0	0
			Cumprir as tarefas	1	3	0	0	0	0
			Avalia a tarefa	1	1	0	0	0	0
			Sabe desistir se necessário	1	2	0	0	1	1
			Toma decisões	3	2	1	0	1	2
			Respeita decisões	0	3	0	0	0	0
			Pede ajuda se necessário	2	1	2	0	0	2
	Tomada de iniciativa		Utiliza o espaço com objetos concretos	0	0	0	0	0	0
			Responde pontualmente	4	2	3	0	1	3
			Partilha dúvidas ou questões	3	1	2	0	2	3
			Inicia nova etapa da mesma tarefa	3	3	2	0	2	2
			Solicita novas tarefas	4	2	2	0	2	2
			Voluntaria-se em diferentes situações	3	2	3	0	3	3
			Pede/ toma a palavra	3	1	1	0	1	3
			Inicia diferentes relacionamentos	1	0	0	0	0	1
			Termina diferentes relacionamentos	0	0	0	0	0	0
	Concentração/ atenção		Mantém-se na tarefa até ao final	2	3	1	1	2	2
			Mantém-se na tarefa apesar da alteração de estímulos	3	3	2	1	2	3
			Retoma a tarefa após o estímulo distrator	3	2	1	1	2	2

		Mantém-se na tarefa quando sujeito a estímulos distratores	3	3	2	1	2	3
			A.A.	D.L.	G.P.	I.K.	L.S.	V.G.
Autonomia de Realização	Cuidado com o espaço usado	Arruma os materiais	0	1	0	0	0	0
		Mantém os materiais limpos	0	1	0	0	0	0
	Leitura e descodificação de símbolos	Reconhece	O nome próprio	0	0	0	0	0
			O nome completo	0	0	0	0	0
			O nome dos colegas	0	0	0	0	0
	Matemática para a vida	Possui a noção de quantidade, tamanho e peso	1	0	0	0	0	0
		Identifica figuras geométricas nos contextos vivenciais	3	0	3	0	0	2

ANEXO 7

Exemplo de relatório de uma sessão de Snoezelen

Relatório de sessão 7/3/2013

A sessão começou às 9:15 na sala Snoezelen da instituição. A estagiária foi buscar o cliente à sala e levou-o até à sala de Snoezelen. O cliente conhece a rotina de retirar os sapatos antes da atividade. Após retirar os sapatos o cliente pede para por música ambiente. A música escolhida para as sessões tem sido o cd das melhores músicas da Disney pois o cliente demonstra satisfação com o estímulo sonoro.

Durante um tempo o cliente simplesmente vagueou pela sala, explorando o espaço livre e o tapete via sensorial. Após uns minutos de exploração do espaço o cliente sentou-se no tapete sensorial. A estagiária tentou fazer uma aproximação mas não foi bem recebida pelo cliente mas através de tentativas sucessivas e mais faseadas a estagiária conseguiu sentar-se ao lado do cliente. Deixado passar algum tempo para o cliente se habituar à presença da estagiária a estagiária tentou o contato com a mão do cliente estendendo a sua mão. Como sempre numa primeira vez o cliente recusou o contato mas passadas algumas tentativas o cliente aceitou o contato e até gostou. De vez em quando o cliente retirava a mão do contato com a estagiária mas passado algum tempo procurava o contato novamente indo mesmo buscar as mãos da estagiária para a sua. O cliente não deixava a estagiária sair do local onde estava e assim permaneceram com contatos cada vez mais perlongados até à hora do final da sessão. Durante todo o tempo esteve alerta à colunas de água e de bolas gostando do estímulo.

Na hora de final da sessão a estagiária tentou retirar o cliente da sala desligando todos os aparelhos da sala e mesmo ligando a luz mas o cliente não quis sair e como o grupo seguinte era da mesma sala do cliente foi possível perlongar a sessão. O cliente voltou à sua posição de sentado no tapete sensorial e deixou a estagiária sentar-se ao lado. O cliente não se alterou com a presença dos outros clientes e gostou da utilização do creme para o contato na mão. O cliente continuou a não deixar a estagiária sair do “seu posto” e mesmo dar atenção a outros clientes.

A sessão decorreu muito bem e conseguiu-se estabelecer uma boa relação entre o cliente e a estagiária. Esta relação tem vindo a ser construída ao longo das sessões mas dependendo do estado do cliente consegue ser boa ou menos boa. No final da sessão foi necessário desligar todos os objetos da sala e mesmo a música e ligar a luz para que o cliente saísse da sala, demonstrando assim que o cliente estava a gostar da sessão e estava confortável na sala.

ANEXO 8

Exemplo de um plano de sessão do Grupo do Ginásio

Planeamento 18 de abril de 2013

Atividade	Descrição	Tempo	Material	Objetivo	Variantes
Aquecimento – jogo da apanhada	Um cliente tem de correr e apanhar um dos colegas. O colega que for apanhado fica a apanhar e tem de apanhar um colega diferente. O jogo acaba quando todos tiverem sido apanhar.	5'		-Aquecimento -Socialização -Respeitar as regras do jogo	Se o jogo estiver a demorar muito apanhar porque o cliente que está apanhar não consegue apanhar nenhum dos colegas, a estagiária pode mudar o cliente que está a apanhar por outro.
Aquecimento – exercícios de força	1 – 10 abdominais 2 – 10 flexões 3 – 10 dorsais 4 – 20 segundos a fazer “cadeira” Repetir exercícios.	10'	Colchões (1 por cliente)	- Trabalhar grupos musculares específicos	
Bolas medicinais	Realizar várias atividades com as bolas medicinais nas mãos.	5'	Bolas medicinais de vários pesos	- Trabalhar músculos dos braços	O peso da bola varia de acordo com as capacidades dos clientes
Máquinas	Cada cliente realiza remo e passadeira ou apenas uma delas, dependendo do objetivo de cada um.	30'	Remos Passadeiras Bicicleta	- Trabalhar a capacidade cardio respiratória -Melhorar a resistência	A inclinação e a velocidade da passadeira varia conforme as capacidades dos clientes e os objetivos de intervenção.
Relaxamento	Os clientes deitam-se no colchão grande e fecham os olhos. A estagiária põe música não muito alta.	5'	Colchão grande	- Retorno à calma	

ANEXO 9

Dia do Coração

9.1 – Poster



9.2 – Projeto

Projeto “*Dia do coração*”

Data proposta – 24 de maio – 10:00/15:30 (almoço 13:00)

Enquadramento – O Projeto “Dia do Coração” nasce do interesse da realização de uma atividade de final de estágio de 2º ciclo da estagiária Ana Rita Baudouin Abreu, na tentativa de proporcionar a participação de clientes da instituição em atividades extra curriculares e na sensibilização dos clientes para o mês do coração - Durante o mês de maio, são várias as iniciativas que decorrem no país com o objetivo de alertar a população para os problemas cardíacos.

Objetivos gerais – Proporcionar uma experiência diferente aos clientes; proporcionar experiências de vivência de campo; criar momentos de interação e interajuda; criar momentos de espírito de equipa; criar momentos de sensibilização sobre problemas cardíacos e como os prevenir.

Destinatários – Máximo de 25 clientes do CAO.

Planificação da atividade

10:00	Saída da instituição - Clientes organizados em grupos, cada grupo com uma cor. - Clientes menos independentes em carrinha.
10:30	Chegada à Fábrica da Pólvora , início do jogo de orientação
	Jogo de Orientação
13:00	Almoço
14:00	Início da atividade de tiro com arco
	Tiro com arco
15:30	Saída da Fábrica da Pólvora
16:00	Chegada à Instituição

Tal como está ilustrado no plano, a saída da instituição será realizada de duas maneiras: os mais independentes serão organizados em grupos, onde cada grupo terá uma cor para se identificar, e irão a até ao local da atividade e os menos independentes irão de carrinha até ao local da atividade. De manhã realiza-se um jogo de orientação na fábrica da pólvora onde os clientes estão divididos em grupos. Cada grupo terá uma pasta com um mapa com a marcação dos postos do jogo. Cada grupo terá também um acompanhante (colaborador da CERCIOEIRAS). O objetivo é os clientes irem a todos os postos realizarem as tarefas propostas. Em cada posto, quando a tarefa é realizada é dado ao grupo algo que tenha a ver com o coração (uma imagem ou palavra). O último posto é comum a todas as equipas (local do almoço) onde irá estar uma tela grande onde os diversos elementos das equipas terão de colar as imagens ou palavras que ganharam e fazer a marca da sua mão. No final a tela terá desenhado um coração onde todas as marcas de mão preencheram o coração. Os postos terão atividades psicomotoras simples.

O almoço irá ser na zona de picnic do parque.

À tarde irá realizar-se uma atividade de tiro com arco com a colaboração com a federação de tiro com arco, onde os clientes e colaboradores terão a oportunidade de experimentar esta atividade.

Recursos humanos e físicos – colaboradores e voluntários para acompanharem as equipas e para estarem em alguns postos (o nº depende do nº de clientes na atividade – 1 colaborador para 4 clientes), transporte para o local, almoço para clientes e colaboradores.

Orçamento – Transporte – 0,36€ por Km

Alimentação – Falar com Euresť para a refeição de prato ser modificada para refeição volante.

Material – mapas do local, pastas, palavras e imagens alusivas ao coração e aos seus problemas, tela grande, tinta, material de ginásio (arcos, bolas, etc)

Formas de divulgação – Cartazes, Facebook, Newsletter, Email para base de dados dos recursos humanos

Parcerias – Federação Portuguesa de tiro com arco, Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Relatório de avaliação – No final da atividade irá ser feito um relatório de avaliação da atividade com base nas respostas dos clientes e colaboradores a um inquérito de avaliação.

9.3 – Postos

Posto	Descrição	Material
Alimentação	Um cliente, de cada vez, venda os olhos e é dado um dos alimentos a provar. Tira a venda e tem de dizer ou apontar na tabela de alimentos qual foi o que provou. Cada cliente tem direito a provar 2 sabores. Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê.	1 venda Laranja Chocolate Água Maçã Gomas Tabela Copos
Posto	Descrição	Material
Atividade Física	Os clientes, um de cada vez, têm de realizar o seguinte percurso: Passar por cima dos bastões, que estão encaixados nos pinos, ir ao pé coxinho até aos arcos, passar nos diversos arcos, andar de costas até à bola e lançar a bola para o arco (que está no chão). Todo o circuito deve ser adequando de acordo com as capacidades dos diversos clientes, ou seja, se o cliente precisar de reforço verbal ou apoio físico este deve ser-lhe dado. Os clientes no primeiro exercício podem saltar, caso consigam, ou então apenas passar por cima. Nos arcos o cliente deve colocar apenas um pé em cada e passar por todos mas caso não consiga pode colocar os dois pés em todos os arcos. No último exercício a distância de onde a bola é lançada deve ser ajustada. Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê.	6 pinos 3 bastões 1 bola 9 arcos
Posto	Descrição	Material
Peso	A atividade do posto é uma estafeta onde cada cliente tem de ir até um ponto a andar de forma especial (a correr, ou a andar de lado, ou de costas, etc.) e trazer um objeto. Quando todos os clientes tiverem feito o percurso têm, como grupo, de organizar os objetos por pesos, estando o mais pesado de um lado e o mais leve do outro. Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê.	Diferentes objetos com diferentes pesos
Posto	Descrição	Material

Bom Humor	Cada cliente tem um balão que tem de encher (ou ser ajudado a encher) e tem de desenhar a sua cara: olhos, nariz, boca, barba, orelhas, cabelo, etc.. O cabelo pode ser feito com lã. Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê. Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê.	Balões Canetas Fita-cola lã
Posto	Descrição	Material
Amizade	Um cliente venda os olhos e outro tem de o conduzir por um percurso. Cada cliente conduz um cliente e deixa-se ser conduzido por outro (a confiança que é necessária numa amizade). Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê.	vendas
Posto	Descrição	Material
Auto Estima	Cada cliente pode tirar várias fotografias sendo que uma delas tem de ser só à cara (tipo passe). Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê.	Máquina fotográfica
Posto	Descrição	Material
Sono	Cada cliente tem de colocar a mão dentro da caixa e retirar um papel. Tem de ver a imagem do papel e dizer se tem ou não a haver com o sono. Se tiver põe de lado se não tiver volta a por lá dentro e tira outra imagem até calhar uma que tenha a haver com o sono. Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê.	Caixa de sapatos Imagens de sono e não sono
Posto	Descrição	Material
Final	Após todos os postos os clientes devem dirigir-se para o local do pic nic onde se encontra a almofada coração. Cada um tem de escolher uma tinta para fazer a sua marca de mão no coração. Após a realização da tarefa todos os clientes ganham um autocolante para colocar no carnê.	Almofada Tintas Água perto

9.4 – Carnê



frente

Nome: _____

Alimentação	Sono	Atividade Física	Amizade
Auto Estima	Peso	Bom Humor	Final

trás

9.5 – Autocolantes



Alimentação



Sono



Atividade física



Amizade



Auto Estima



Peso



Bom Humor



Final

9.6 – Fotografias





